

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Ivona Fiurášková

Souvislost ortorexie nervosa a projevů OCD u
sportovců

The Relationship between ortorexia nervosa and
OCD symptoms in athletes

Poděkování

Na prvním místě bych ráda poděkovala Mgr. Veronice Šporclové, Ph.D. za její systematické vedení, odborné rady a především lidský přístup a podporu. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří se podíleli na distribuci dotazníků a respondentům, kteří se výzkumu účastnili. A nakonec děkuji svým nejbližším, kteří mě po celou dobu psaní práce podporovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Rožnově pod Radhoštěm dne 5.12. 2020

.....

Jméno autorky

Abstrakt

Diplomová práce se věnuje tématu ortorexie nervosa ve spojitosti s obsedantně kompulzivní poruchou. Literárně přehledová část se zabývá úvodem do problematiky, diagnostickými kritérii a nástroji měření, zvláštní pozornost je věnována rizikovým skupinám a těm činitelům, kteří mohou ovlivnit rozvoj obou poruch. Dále jsou představeny možnosti léčby a srovnání s jinými duševními poruchami. Poslední kapitola teoretické část je věnovaná návštěvníkům fitness center, na kterých byl realizovaný následný výzkum. Cílem praktické části bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi ortorexií nervosou a projevy obsedantně kompulzivní poruchy u vybrané skupiny respondentů (N=203). Primárně výzkumné šetření mělo podobu kvantitativního designu, konkrétně byly využity dotazníky ORTO-15 a Obsessive-Compulsive Inventory (OCI). Statistická analýza ukázala statisticky významnou korelaci mezi symptomy ortorexie a projevy obsedantně-kompulzivní poruchy. Mezi mírou ortorexie a frekvencí tréninků nebyl nalezen signifikantní vztah. Naopak mezi projevy obsedantně – kompulzivní poruchy a frekvencí tréninků byla nalezena statisticky významná korelace. Výsledky také ukázaly, že výskyt ortorexie nervosa se v našem výzkumném souboru nelišil z hlediska pohlaví. Výzkumné šetření bylo doplněno o rozhovory s vybranými respondenty (N=6). Získaná data byla zpracována pomocí otevřeného kódování a prezentována s využitím techniky vyložení karet. Výsledky přinášejí informace o konkrétních projevech obou poruch u našeho výzkumného souboru.

Klíčová slova

Ortorexie nervosa, posedlost zdravou stravou, obsedantně-kompulzivní porucha, poruchy příjmu potravy, návštěvníci fitness centra

Abstract

The diploma thesis is focused on orthorexia nervosa in connection with OCD. Theoretical part contains introduction, diagnostic criteria and methods of measuring. Increasing attention is given to risk groups and factors, which can affect the development of both disorders. Moreover, treatment options and comparison with other mental disorders are presented. The last part of theoretical part is focused on athletes in fitness centers, which are research subjects in the practical part of the thesis. The main goal of practical part is to find out connection between orthorexia nervosa and OCD in selected group of respondents (N=203). Main research survey has quantitative design. The ORTO-15 and Obsessive - Compulsive Inventory (OCI) surveys are used. Statistical analysis shows statistically significant correlation between orthorexia symptoms and obsessive - compulsive disorder symptoms. There is not any significant correlation between orthorexia and training frequency. However, there is statistically significant correlation between orthorexia symptoms and training frequency. The results also show that the occurrence of orthorexia is not sex-linked. Interviews with some responders have been added to research survey (N = 6). The gathered data were processed open coding and presented card unloading technique. The results show information about specific symptoms of both diseases in our research respondents group.

Keywords

Orthorexia nervosa, obsession with healthy eating, obsessive – compulsive disorder, eating disorders, athletes in fitness centers

Obsah

Úvod	9
Literárně přehledová část	11
1. Ortorexie nervosa	11
1.1 Diagnostická kritéria.....	11
1.2 Diagnostické nástroje	13
1.3 Hranice mezi ortorexií a zdravým životním stylem	15
1.4 Léčba	16
1.5 Rizikové skupiny	18
1.6 Důsledky ortorexie	20
1.7 Srovnání ON a PPP	21
2. Obsedantně – kompulzivní porucha	24
2.1 Charakteristika obsesí a kompulzí	25
2.2 Etiopatogeneze OCD	27
2.2.1 Biologické faktory	27
2.2.2 Psychologické teorie.....	28
2.2.3 Faktory prostředí	30
2.2.4 Rysy osobnosti.....	31
2.2.5 Stresové a traumatické životní události	31
2.3 Léčba OCD	32
2.3.1 Farmakoterapie	33
2.3.2 Kognitivně behaviorální terapie	34
2.3.3 Jiné možnosti léčby	36
2.4 Komorbidita OCD	37
2.5 Stigmatizace OCD	38
2.6 Srovnání ON a OCD.....	40

3. Návštěvníci fitness center	44
3.1 Svalová dysmorphie	45
3.2 Ortorexie, fitness a obsedantně kompulzivní projevy	48
4. Výzkumný problém	52
4.1 Výzkumné cíle	52
4.2 Hypotézy a výzkumné otázky	53
5. Design výzkumného projektu	54
5.1 Typ výzkumu	54
5.2 Metody získávání dat	55
5.2.1 Předvýzkum	55
5.2.2 ORTO - 15	55
5.2.3 Obsessive-Compulsive Inventory	57
5.2.4 Rozhovor	58
5.3 Průběh sběru dat	59
6. Metody zpracování a analýza dat	60
6.1 Kvantitativního výzkum	60
6.2 Kvalitativní výzkum	60
6.3 Etika výzkumu	62
7. Výzkumný soubor	64
7.1 Charakteristika výzkumného soubor kvantitativní části	64
7.2 Charakteristika výzkumného souboru kvalitativní část	69
8. Výsledky	70
8.1 Výsledky jednotlivých dotazníků a frekvence tréninků	70
8.2 Testování hypotéz a zhodnocení výzkumných otázek	79
8.3 Výsledky kvalitativního výzkumu	81
9. Diskuse	89
9.1 Limity práce a doporučení pro další výzkumy	95

Závěr	99
Seznam použité literatury	101
Seznam tabulek.....	115
Seznam obrázků.....	116
Seznam zkratek.....	117
Seznam příloh	118

Úvod

V současné rychle se rozvíjející moderní společnosti se stále více zvyšuje zájem o zdravý způsob života. Žijeme v době, kdy máme možnosti vybírat si ze širokého spektra kvalitních a čerstvých surovin. Avšak hranice mezi vyváženým způsobem života a patologickým zaujetím zdravou stravou je mnohdy tenká. Termín ortorexie nervosa poprvé použil Bratmann (2000) před více než dvaceti lety a definoval ho jako nadměrnou fixaci na zdravém stravování. Ortorexie se zprvu může jevit jako neškodná záliba ve zdravém jídle, ale opak může být pravdou, a toto zaujetí se časem promění v ústřední bod života, ve kterém jsou jedinci odsouzeni k nepřetržité kontrole, pátrání po původu potravin a extrémním jídelním restrikcím. Toto jednání s sebou přináší řadu rizik, a to nejen z hlediska zdravotního, ale také sociálního, psychického a v neposlední řadě ekonomického.

Ortorexie není součástí žádného diagnostické manuálu a mezi autory nepanuje shoda, zda jde o samostatnou poruchu, nebo variantu jedné z již existujících diagnóz, nejčastěji poruchu příjmu potravy či obsedantně – kompulzivní poruchou. Tato práce se zaměřuje na možné souvislosti mezi ortorexií a zmíněnou obsedantně – kompulzivní poruchou. Důvodem je shoda řady příznaků a skutečnost, že tento vztah nebyl doposud důkladně probádán.

První kapitola se zabývá úvodem do problematiky ortorexie, diagnostickými kritérii, nástroji měření, dále snahou odlišit patologickou symptomatologii ortorexie od běžného zdravého životního stylu. Následně budou nastíněny potencionální důsledky, možnosti léčby a srovnání ortorexie s jinými poruchami. Druhá kapitola prezentuje základní charakteristiky obsedantně – kompulzivní poruchy, činitele participující na vzniku této choroby, včetně komorbidit s jinými poruchami. Další část je věnována negativním dopadům, včetně možných léčebných postupů. Cílem této kapitoly je seznámit čtenáře se základními rysy obsedantně – kompulzivní poruchy a zároveň vyzdvihnout podobné či naopak rozdílné atributy s mentální ortorexií. Poslední kapitola literárně přehledové části se bude věnovat pravidelným návštěvníkům fitness center, na kterých bude realizován následný výzkum. Důvodem, proč jsme zvolili tuto část populace, je skutečnost, že se řadí mezi rizikové skupiny z hlediska rozvoje ortorektické symptomatiky (Bóna et al., 2018; Clifford & Blyth, 2019). Není se čemu divit, protože sportovci se přirozeně pohybují ve světě, kde je zdraví

stavěno na přední příčky v žebříčku životních hodnot. Tito jedinci se zvýšeným zájmem o vlastní tělo jsou predisponováni ke vzniku ortorexie.

Empirická část si klade za cíl zmapovat možné souvislosti mezi ortorexií nervosa a projevy obsedantně – kompulzivní poruchy u lidí navštěvující fitness centra. Výzkum se skládá primárně z kvantitativního designu, který je následně pro účely hlubšího proniknutí do dané problematiky doplněn kvalitativním přístupem.

Motivem ke zvolení tohoto tématu je pro mě dlouholetý zájem o zdravý životní styl, poruchy příjmu potravy a také fitness. V nedávné době jsem ve svém sociálním okolí zaznamenala, že někteří aktivní sportovci věnují nadměrný zájem zdravému stravování. Začala jsem pozorovat, jak dokáže být tato fixace stále problematičtější a rovněž jak tímto lidem narušuje každodenní aktivitu. Při hlubším zkoumání jsem zjistila, jak je tento fenomén nedostatečně probádáný. Z těchto důvodů jsem se rozhodla zaměřit svoji práci právě na ortorexií, s cílem zvýšit povědomí o této problematice mezi vědeckou i laickou veřejností. V teoretické části čerpáme převážně ze zahraničních vědeckých pramenů, protože v české republice jich v současné době není dostatek. V práci je citováno podle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1. Ortorexie nervosa

Pojem ortorexie nervosa (ON) nebo také mentální ortorexie lze volně přeložit jako posedlost zdravým stravováním, jež přerůstá až do patologického chování. Název pochází ze dvou řeckých slov „*ortho*“ (správný, čistý, přesný) a „*orexis*“ (touha, chuť). Koncept ON byl poprvé zformulován v roce 1997 americkým lékařem praktikujícím alternativní medicínu Stevenem Bratmanem v jeho článku „*Health Food Junkie*“ v žurnálu *Yoga Journal* (Bratman & Knight, 2000; Bratman, 1997).

Přestože ON je v povědomí více než 20 let, stále je považována za nový fenomén, o kterém se vedou ve vědeckých kruzích rozsáhlé debaty. Nicméně odborných článků a výzkumů je pořád relativně málo. Dodnes není ON zařazena jako samostatná diagnóza v systému klasifikací nemocí MKN-10 ani DSM-V (Bratman, 2014; McInerney, 2011; Brytek-Matera, 2012). Donini et al. (2004) spatřuje důvody zejména v absenci všeobecně platné definice, neshodám v diagnostických kritériích či nedostatečném množství vědecky podložených dat.

1.1 Diagnostická kritéria

Jak bylo výše zmíněno, dodnes nepanuje mezi odborníky všeobecná shoda o jasné definici ON. Pro ilustraci uvádíme několik příkladů, jak na tento fenomén pohlíží vybraní autoři:

Bratman definuje ortorexii jako „*patologickou posedlost zdravou stravou, fixaci na zdravém stravování*“ (Bratman & Knight, 2000, s. 9).

Autoři diagnostické metody ORTO - 15 Donini et al. (2004) ji označují jako „*manické zaujetí zdravým jídlem*“ (Donini et al., 2004, s. 151).

Chaki, Pal a Bandyopadhyay (2013) hovoří o ON jakožto „*nové podceňované poruše příjmu potravy, při níž převládá závislost na konzumování čistých, zdravých a správných typů potravin za účelem zlepšení svého zdraví.*“ (Chaki, Pal & Bandyopadhyay, 2013, s. 46).

Podle Dunna et al. (2016) je při diagnostice zásadní absence touhy redukovat tělesnou hmotnost. Moroze et al. (2015) zase navrhuje, aby jako kritérium stanovení diagnózy byly nadměrné peněžní a časové výdaje. Rozdílné náhledy na vymezení ON vedla některé autory k vytvoření seznamu kritérií. Mezi takové se například řadí Dunn a Bratman (2016), kteří diagnostické měřítko rozdělují do dvou oblastí:

Oblast A: zde převládá obsedantní pozornost na volbu „zdravých“ potravin, vymezení dietních přesvědčení, nadměrný emoční distress spojen s volbou produktů, které jedinec chápe jako „nezdravé“. Mezi konkrétní kritéria řadí:

- 1) Kompulzivní chování nebo duševní rozrušení spjaté s výběrem stravy vhodné pro zdravý životní styl.
- 2) Nedodržení vlastních stravovacích přesvědčení způsobuje iracionální strach z nemoci, dojem nečistoty nebo nepříjemné tělesné pocity spojené se studem a úzkostí.
- 3) Stravovací omezení postupně gradují a mohou směřovat k vyřazení konzumace velkého množství potravin. Opakovaně se objevuje „pročišťování“ neboli držení částečného půstu, který je považován za detoxikaci těla. Toto chování často vede ke snížení tělesné hmotnosti, což není cílem, ale pouze vedlejším dopadem zdravého stravování.

Oblast B: je charakteristická kompulzivním chováním a duševním přesvědčením, které mohou jedince negativně ovlivnit. Řadí se zde tyto příznaky:

- 1) Podvýživa, významný pokles tělesné váhy nebo jiné zdravotní komplikace, vyplývající z restriktce stylu stravování.
- 2) Interpersonální úzkost nebo narušení sociálního, profesního či akademického života.
- 3) Pozitivní vnímání vlastního těla, sebeúcta nebo spokojenost je nadměrně ovlivněna striktním dodržováním stravovacích pravidel, které si jedinec sám určil.

Alvarenga et al. (2012) se ve své práci soustředili na vytyčení konkrétních vzorců chování, které mohou být při rozpoznání ON užitečné, jsou to:

- 1) Zřetelné posedlosti zdravým stravováním.
- 2) Vyhybání se potravinám a přísadám, které jedinec pokládá za nezdravé, nebo dokonce nebezpečné (sůl, umělá sladidla, průmyslově zpracované potraviny).
- 3) Nadměrná péče o své vlastní zdraví.

- 4) Přílišné zaobírání se plánováním, nakupováním, přípravou a konzumací jídla.
- 5) Stanovení si vlastních pevných přesvědčení o zdravém životním stylu.

(Alvarenga et al., 2012, s. 30)

Je patrné, že každý autor zaujímá k ON poněkud jiné stanovisko. Nicméně všechny výše uvedené charakteristiky a způsoby jednání typické pro ON můžeme zastřešit sumarizací uvedenou v časopise „*The Orthorexia Nervosa Tack Force*“, který vymezuje tři hlavní kategorie, které jsou touto chorobou narušeny:

- 1) Patologické zaujetí zdravou výživou.
- 2) Emocionální následky, jakými jsou stres a úzkost z nedodržování vlastních stravovacích zásad.
- 3) Psychosociální omezení v podstatných oblastech života.

(Cena et al., 2019)

1.2 Diagnostické nástroje

Navzdory tomu, že doposud nejsou vytyčena všeobecná diagnostická kritéria ON, existuje šest dotazníkových metod určených k jejímu měření. Nejstarší z nich je sebesposuzovací test (Bratman Orthorectic Test), jehož tvůrcem je sám autor konceptu Bratman. Nástroj se skládá z deseti položek, na které dotazovaný odpovídá „ano“ či „ne“. Hraniční bod je stanoven na čtyři kladné odpovědi, při jejichž dosažení je dle autora možno hovořit o závažných projevech ON (Bratman & Knight, 2000).

Bratmanův dotazník byl použit v mnoha studiích (Eriksson et al., 2008; Kinzl, Hauer, Traweger & Kiefer, 2006; Korinth, Schiess & Westenhoefer, 2010; Bundros et al., 2016), nicméně neunikl ani kritice ze strany jiných autorů. Například Missbach, Dunn a König (2016) poukazují na absence validizace, Eriksson (2007) naopak kritizuje nedostatečné odlišení ON od jiných poruch příjmu potravy. V současnosti je dostupný přepracovaný Bratmanův (2017) dotazník (Bratman Orthorexia Self Test), který čítá šest položek, na které se tradičně odpovídá na dichotomické škále.

Nedostatkům první výzkumné metody se pokouší vyvarovat nyní nejpoužívanější diagnostický nástroj ORTO - 15. Jedná se o patnáctipoložkový sebesposuzovací dotazník, který byl vytvořen italskými odborníky Donini et al. (2004). Nástroj sleduje tři bazální

oblasti – kognitivně racionální, emocionální a klinickou. Kromě stravovacích zásad se soustředí také na obsedantní postoje. ORTO - 15 byl aplikován v rámci výzkumné části této práce, proto se mu budeme věnovat v kapitole výzkumných metod.

Další vhodný diagnostický nástroj k posouzení ON je dotazník „*Eating Habit Questionnaire*“ (EHQ) od trojice autorů Gleaves, Graham a Embwani (2013). Tato dvacetí jedna položková metoda je stejně jako předchozí dotazníky rozčleněná do tří subškál (znalost zdravé potravy, potíže spojené se zdravou stravou a kladné pocity spojené se zdravým jídlem). Respondenti vybírají stejně jako u ORTO - 15 na čtyřbodové Likertově škále. Za určitý nedostatek může být považováno menší množství výzkumu, ve kterém by byl EHQ využit.

Dotazník k zachycení ortorektického chování vznikl i v sousedním Německu, jedná se o „*Düsseldorfskou škálu ortorexie*“. Tento konstrukt byl zhotoven v roce 2015 autory Bartheles et al. (2015). Bohužel v současnosti existuje test pouze v německém jazyce, což značně limituje možnosti jeho využití.

Nejnovější diagnostické nástroje k posouzení ortorexie jsou z roku 2018. Konkrétně hovoříme o „*Barcelona Orthorexia Scale*“ a „*Teruel Orthorexia Scale*“. První zmínka byla zkonstruována autory Bauer et al. (2018) ve Španělsku. Při realizaci vycházeli tvůrci z konceptu Dunna a Bratmana (2016), přičemž vymezují ON jako „*patologickou fixaci na zdravých potravinách*“ (Bauer et al., 2018, s. 1). Bohužel v současnosti nejde vyhledat žádnou studii, která by tento dotazník ve svém výzkumu využila, což je podstatnou slabinou tohoto nástroje.

S obdobnými potížemi se potýká i konstrukt Barrada a Roncero „*Tereal orthorexia scale*“, taktéž vyvinut ve Španělsku. Tvůrci v konceptualizaci ON zahrnují i přítomnost tzv. „*zdravé ortorexie*“, kterou popisují jako postoj ke stravovacím návykům, který není vnímán jako patologický, což lze považovat za výhodu oproti předchozím metodám (Valente et al., 2019).

Oba tyto diagnostické nástroje si jistě v budoucnu zaslouží více pozornosti, zejména z hlediska praktického využití ve výzkumných bádáních tak, aby se mohly stát přínosem k hlubšímu poznání ortorexie.

1.3 Hranice mezi ortorexií a zdravým životním stylem

Zájem o zdravý životní styl je v dnešní době celosvětovým fenoménem. Existuje celá řada stravovacích směrů, které z našeho pohledu můžeme považovat za extrémní, to však automaticky neznamená, že jejich zastánci naplňují kritéria ON. Debata o rozvoji ortorexie začíná v momentě, kdy se výživový styl stává posedlostí. Bratman (2000) doporučuje pevně stanovit diagnostické měřítko, aby z ortorexie nebyly osočovány osoby jen kvůli netradičním stravovacím návykům.

Autorka Brytek-Materová et al. (2015) uvádějí, že je možné na ortorexiu pohlížet jako na jednu z forem tzv. „*healthismus*“. Důvodem je vzájemné překrývání základních charakteristik:

- Nadšené hledání informací o zdraví a nemoci v knihách, časopisech na internetu.
- Konzumace suplementů nebo jiných alternativních přípravků, které jsou na přírodní bázi.
- Podpora zdravého životního stylu pravidelným cvičením, doporučenými dietami nebo detoxikací těla.

Diferenciace mezi propagátory zdravého životního stylu a ortorektiky je snaha dělat si svou dietu striktnější a nekompromisní. To má za následek vyřazování stále více složek potravy, což může způsobit podvýživu a v krajním případě až smrt (Varga et al., 2013).

Stravovací návyky se u ortorektiků stávají ústředním bodem v životě, což jim dává pocit identity. S množstvím informací, které podporují jejich přesvědčení, že právě jejich životní styl je ten nejzdravější, stoupá také pocit nadřazenosti nad lidmi, kteří se takto nestravují. Tito jedinci mají tendence ostatní lidi poučovat a vnucovat jim svůj zdravý způsob žití. Postupem času se stále více vyhýbají osobám, kteří nesdílejí stejná přesvědčení, což vede k sociální izolaci (Koven & Abry, 2015).

Někteří autoři rozlišují dvě formy ortorexie, a to v závislosti na hodnocení potravin. Jedna skupina se nadmíru koncentruje na vyřazení všech, které považují za škodlivé, zpravidla kvůli (často domnělé) potravinové alergii, což může způsobit malnutrici. Naopak druhá skupina se přesvědčí soustředí na konzumaci jídel, které pokládají za zdravé, jsou ochotnější utratit velké množství peněz za bioprodukty, alternativní doplňky a další přírodní

výrobky. Tohle rozčlenění může být užitečné z hlediska psychoterapie. Zatímco první skupina se svými projevy nápadně podobá anorexii, druhá zase více inklinuje k obsedantně - kompulzivní poruše (Getz, 2009).

Podobně jako následníci zdravého životního stylu, i ortorektici obrátili pozornost ke zdravé stravě kvůli snaze překonat chronickou nemoc, zdokonalit své zdraví nebo zlepšit svůj fyzický vzhled. Vyvážená, kvalitní strava je užitečný nástroj prevence proti chorobám, každopádně je důležité mít na paměti, že pokud si občas dopřejeme méně kvalitní jídla, naše zdraví se tím zásadně nezhorší. I autor konceptu ortorexie klade důraz na zachování poměru zdravého versus nezdravého jídla: *„Pokud dáváte přednost organické stravě před konzervanty a antibiotiky (Jako já!) a myslíte, že mnoho potravin není vůbec potravinami (Jako já!). Stále to neznamena, že tyto zásady musíte dodržovat 100 % času. To je jen perfekcionismus, posedlost, ortorexie.“* (Bratman, 2017).

Na závěr této podkapitoly bychom rádi zmínili nedávný výzkum badatelů Barthels, Barrada a Roncera (2019), kteří rozlišují tzv. OrNE (patologická ortorexie) a HeOr (zdravá ortorexie). HeOr souvisí s výběrem zdravých kvalitních potravin, a nezahrnuje patologické zaujetí zdravým životním stylem. OrNe je spojena s negativními faktory, jako je strach z nezdravých potravin, sociální izolaci a nežádoucím emociálním dopadem způsobeným rigidním stravováním. K rozlišení zdravé a patologické ortorexie autoři využívají nástroj *Teruel Orthorexia Scale (TOS)*, který obsahuje devět položek hodnotící HeOr (například: *„Jím potraviny, které považuji za zdravé.“*) a osm položek zaměřující se na OrNe (například: *„Myšlenky na zdravé stravování mi nedovolí se soustředit na jiné úkoly.“*).

Autoři zdůrazňují potřebu pečlivě rozlišovat OrNe a HeOr zejména z hlediska pozitivních a negativních afektů. Zatímco první souvisí s psychickou nepohodou, tak druhá naopak s well-being, tedy subjektivní spokojeností. I když rozdělení ortorexie na zdravou a patologickou je přinejmenším zajímavé, prozatím nevznikla žádná další studie, která by tento předpoklad potvrdila. Do budoucna je potřeba uskutečnit další klinické výzkumy, které by tyto dva fenomény hlouběji prozkoumaly (Barthles, Barrada & Roncero, 2019).

1.4 Léčba

Vzhledem k absenci realizovaných výzkumů a nedostatečného množství informací neexistuje sjednocený postup doporučené léčby. Jak zmiňují Barthles et al. (2015)

o možnostech úzdravy je možné uvažovat pouze v teoretické rovině. Léčba je zde zaměřena především na faktory, které negativně ovlivňují každodenní fungování člověka.

Při léčení ON se doporučuje zapojení multidisciplinárního týmu specialistů, který by měl zahrnovat lékaře, psychologa, psychiatra a další odborníky na výživu (Brytek-Matera, 2012; Dunn et al., 2015; Koven & Abry, 2015). Při výčtu profesionálů podílejících se na léčbě ON je patrná paralela mezi známějšími poruchami příjmu potravy (anorexie, bulimie). Brytek-Matera (2012) předpokládá, že lze využít obdobných metod léčby, které však individuálně modifikujeme k potřebám pacienta. Taktéž psychoedukace společně s empiricky ověřenými informacemi mohou napomoci při zneškodnění ortorektického mínění o nezdravosti potravin (Bartrina, 2007). V některých případech je nutné doplnit léčbu o farmakoterapii, což může být pro některé ortorektiky problém, neboť medikamenty často považují za nečisté až škodlivé (Mathieu, 2005). Využívají se primárně antipsychotika, která slouží k potlačení vtíravých myšlenek na stravu, jež patří mezi ústřední projevy ON (Koven & Abry, 2015; Moroze et al., 2015).

Důležitým krokem k úzdavě, ne – li vůbec tím nejdůležitějším, je samotné připuštění si problému plynoucího z dané poruchy. Lidé trpící ortorexií často nevidí potíže způsobené nutkavými myšlenkami nebo obsedantním chováním, ba naopak svůj životní styl považují za ideální a vzdorují myšlenkám, že by jim změna pomohla (Quinlan, 2012). Návrh týkající se možné léčby ON představuje i Steven Bratman (2000), který považuje její léčbu za snadnější než při jiných poruchách příjmu potravy. Úzdava trvá zpravidla měsíce, někdy dokonce roky, než člověk přestane nadhodnocovat kvalitu stravy a trpět nelibými pocity viny. Bratman (2000) přirovnává léčbu ortorexie k léčbě závislosti a představuje tři stadia samoléčby, které doporučuje lidem, kteří mají pocit, že touto poruchou trpí.

- 1) Prvním bodem je připustit si existenci problému. Klíčové je uvědomit si, že není v pořádku trávit tolik času úvahami nad správným a zdravým stravováním.
- 2) Dalším důležitým momentem je uvědomění si skryté příčiny, proč se jídlo proměnilo v posedlost.
- 3) Posledním krokem je naučit se vnímat stravu „normálním” způsobem, tedy rozvrat ortorektických hodnot. Zejména omezit přílišné množství úvah o zdravém životním stylu a naučit se chápat jídlo pouze jako část života, ne jako jeho hlavní náplň.

Pokud se jedinec ocitne v situaci, kterou již není schopen řešit pomocí samoléčby, je na řadě vyhledat lékařskou pomoc (Bratman & Knight, 2000).

V kontextu údravy ON v současnosti převládá koncept kognitivně – behaviorální terapie, která se aktivně využívá jak při léčbě poruch příjmu potravy, tak i u obsedantně - kompulzivní poruchy (Brytek-Matera, 2012; Koven & Abry, 2015; Mathieu, 2005). Psychoterapeutka Quinlan (2012), která se ve své praxi aktivně věnuje léčbě ortorexie pomocí kognitivně – behaviorální terapie, doporučuje následující kroky:

- 1) Postupné rozšiřování škály potravin klientova jídelníčku včetně dříve „nepřijatelných“.
- 2) Postupná eliminace až úplné odstranění času stráveného zkoumáním potravin.
- 3) Zkracování času stráveného diskusemi o zdravotních benefitech jídla.
- 4) Návrat k běžné sociální interakci, včetně stolování s jinými lidmi.

Důležité je poznamenat, že cílem není donutit pacienty vzdát se jejich stravovacích návyků, ale naučit je mít vybalancovaný pohled na jídlo a stravovat se zdravým a nenuceným způsobem. Vedle zmíněné KB terapie Quinlan (2012) doporučuje jako účinný způsob léčby také „*Mindfulness*“ neboli všímavost. Obdobně Shapiro et al. (2008) navrhuji při překonávání projevů úzkosti využít různé formy relaxačních technik.

Návrhů léčby ortorexie se nabízí hned několik, nicméně chybí studie, které by účinnost jednotlivých léčebných metod potvrdila, nebo naopak negovala. V budoucnu je nutné realizovat výzkumy, které by pomohly tyto otázky objasnit.

1.5 Rizikové skupiny

Rizikantnost ortorexie spočívá zejména v jejím pozvolném počátku a subjektivním přesvědčení, že právě můj životní styl je správnou cestou ke zdraví. Ačkoliv u ON nejsou pozorovány tak tragické dopady jako u anorexie, bulimie nebo obsedantně – kompulzivní poruchy, nelze ji brát na lehkou váhu (Bratman & Knight, 2000).

U zrodu ortorexického chování často stojí tíhnutí k extrémním dietám, které začínají postupným vylučováním určitých subjektivně neprospěšných potravin (Bratman, 2017; Missbach et al., 2015). Alternativně může také nevědomě začít jako snaha překonat chronickou nemoc (Costa et al., 2017). Jak uvádí Martykánová a Piskáčková (2010),

základním atributem, který odlišuje ortorexii od anorexie a bulimie, je fokus na kvalitativním aspektu stravy, kdežto u běžných PPP převládá spíše kvantitativní stránka.

Mezi charakteristické skupiny, které inklinují k rozvoji ON, se řadí především příznivci alternativních způsobů stravy, jmenovitě jde o vegetariánství, veganství (Barthels, Meyer, & Pietrowsky, 2018; Brytek-Matera et al., 2018; Herranz Valera et al., 2014), vitariánství, fruktariánství (Bratman, 2017), makrobiotika, výživa podle krevních skupin, vyznávání biopotravin, či odpor k umělým barvivům, sladidlům nebo jinak modifikovaným složkám potravin (Martykánová & Piskáčková, 2010). Studie Missbach et al. (2015) také ukazuje jako významnou predispozici ke vzniku ON potravinou alergií, konkrétně dvě a více intolerancí výrazně zvyšuje pravděpodobnost rozvoje poruchy. Tento vztah však byl v dalších studiích vyvrácen (Reynolds, 2018; Barnes & Caltabiono, 2017). Zvýšenou hrozbu může také představovat přítomnost poruch příjmu potravy v anamnéze (Barnes & Caltabiano, 2017), pravděpodobně kvůli vrozené tendenci k potřebné kontrole a puntičkářství (Martykánová & Piskáčková, 2010).

Odborné studie jsou vedle prevalence ON v běžné populaci rovněž zaměřeny na rizikové skupiny. Mezi ohrožené jedince se vedle výše zmíněných příznivců alternativních typů stravování tradičně řadí vysokoškolští studenti, zejména pak lidé studující obory úzce propojené se stravou či sportovní činností. Mezi takové patří například studenti nutričních věd, u kterých byla v mnoha výzkumech prokázána signifikantní tendence k ortorexii (Gezer & Kabaran, 2013; Kinzl et al., 2006; Korinth et al., 2010). Dalšími náchylnými skupinami jsou studenti medicíny (Fidan et al., 2010; Asil & Surucuoglu, 2015), dietologie (Tremellin et al., 2017; Varga et al., 2010) a studenti v oborech specializovaných na výživu (Eriksson et al., 2007; Valera et al., 2014). Vedle nutričně zaměřených odvětví se na základě bádání Brytek–Materové et al. (2015) mezi rizikové řadí i studenti psychologie, poněvadž jejich profese je neodmyslitelně spjatá s péčí jak o duševní, tak i o fyzické zdraví.

Sportovci a studenti oborů zaměřených na fyzickou aktivitu jsou středem zájmu ve velkém množství vědeckého zkoumání predispozic k ON. Není se čemu divit, neboť se pohybují ve světě, kde je fyzické zdraví stavěno na přední příčky zájmu. Této specifické skupině lidí se budeme podrobněji věnovat později, neboť právě na sportovcích byl realizován výzkum i naší diplomové práce.

Z této kapitoly je očividné, že predispozic k rozvoji ortorexie je celá řada. Podle očekávání jsou propojena s profesemi ale i zájmy, kde je pozornost zaměřená na stravu, pohyb a celkové fyzické a duševní zdraví.

1.6 Důsledky ortorexie

Povědomí o zdravém životním stylu se v moderní společnosti stává primárním zaměřením. Rychle stoupající výskyt obezity, cukrovky, kardiovaskulárních potíží a dalších chorob vede mnoho lidí k přehodnocení svých dosavadních stravovacích návyků. Nikdy v historii jsme neměli možnost vybírat z takového množství kvalitních a čerstvých potravin. Avšak hranice mezi vyváženým životním stylem a psychickou posedlostí „být fit“, je tenká. V této podkapitole si představíme důsledky, které s sebou hon za zdravím může přinášet.

Důležitým faktorem, který určuje hranice mezi zdravým stravováním a ortorexií je čas. Ortorektici stráví několik hodin denně nakupováním, přemýšlením, plánováním a přípravou jídla. Pro nadměrný čas věnovaný stravě se nelze divit, že už nezbývá mnoho času na koníčky, volnočasové aktivity nebo chvílky strávené s přáteli (Brytek-Matera, 2012). Kromě času tito lidé nenakládají ekonomicky ani s financemi. Ortorektici nemají problém utratit velké množství peněz za kvalitní potraviny, přírodní suplementy a jiné alternativní doplňky (Moroz et al., 2015). Život určený jídlu pak způsobuje řadu potíží nejen v sociální, profesionální, zdravotní ale i finanční oblasti.

Zlom mezi zdravým stylem a ortorexií nelze přesně vymezit. Jedním z dalších varovných signálů může být situace, kdy strava přestane sloužit výlučně ke zlepšení zdraví, ale přebere kontrolu nad naším životem. Dokud má jedinec pod kontrolou stravovací zvyklosti, cítí hrdost, ba dokonce se považuje za lepšího než ostatní lidé. Když však poruší své zásady, cítí skličující negativní pocity v čele s úzkostí. Po porušení pravidel následuje tendence potrestat sám sebe, nejčastější formou je zpřísnění dietních zvyklostí. Tímto se uzavírá bludný kruh, na jehož počátku stojí neschopnost přiznat si nežádoucí vlivy nadměrné pozornosti zdravému životnímu stylu (Varga et al., 2013).

Důležité je také mít na paměti, že tato porucha může mít v některých případech na svědomí také fyziologické potíže. Varga et al. (2013) uvádějí jako nejtypičtější znaky podvýživu, ztrátu menstruace, chronické záněty v břiše a v krajních případech až kardiovaskulární komplikace, Kovenová a Abry (2015) uvádějí dále osteroporózu, anémii a bradykardii. Přestože doposud nebylo realizováno mnoho výzkumů, které by se na fyzické

následky ON specializovaly, se zdá, že fyzické potíže se podobají následkům PPP. Ortorexie nemá takové ztráty na životech jako PPP, nicméně už jsou známé i případy, kdy pacient na následky ON zemřel (Bratman & Knight, 2000).

Běžným znakem ortorektického chování je postupná společenská separace. Tato onemocnění se pojí s mnoha subjektivně vytvořenými zásadami, které jedinci nedovolují sníst jídlo, u kterého nezná jeho historii původu a přípravy. Rovněž si ortorektici zakládají na konzumaci jídla v určitou denní hodinu, což také do značné míry znesnadňuje účast na všedních sociálních aktivitách. Také neustálé vtíravé myšlenky vztahující se ke stravě mohou ztěžovat komunikaci s ostatními lidmi (Koven & Abry, 2015). Z těchto důvodů většina ortorektiků preferuje konzumaci vlastnoručně připravených jídel v pohodlí domova, nebo v komunitě lidí, kteří zastávají stejné názory (Mathieu, 2005). Dalším rizikem spojeným s touto patologií je přenášení ortorektických návyků na další členy rodiny, zvláště na děti, které napodobují stravovací režimy a obsesivní posedlosti „čistým“ jídlem svých rodičů. Takto nesprávně uspořádané priority vedou k zhoršené kvalitě života (Costa, Hardan-Khalil & Gibbs, 2019). Ortorexie zabírá velké množství času, čímž ze života vytlačuje jiné zájmy a koníčky. Všechny tyto faktory se podílejí na postupné sociální izolaci a způsobují emocionální i fyzické potíže.

Většina studií se soustředí na emocionální a fyzické následky mentální ortorexie, Kovenová a Senbonmatsuová (2013) se naopak ve své práci rozhodly zaměřit na vztah chování a mozku s využitím neuropsychologické baterie. U ortorektiků ve srovnání s běžnou populací dochází k narušené pozornosti, pracovní paměti a schopnosti flexibilně řešit problémy. Tato kognitivní nepružnost je typickým znakem také OCD a anorexie, kdy pod vlivem rigidního myšlení klesají denní aktivity, které nejsou zaměřené na jídelní zvyky.

1.7 Srovnání ON a PPP

Ortorexie a poruchy příjmu potravy, zejména anorexie a bulimie, sdílí mnoho společných znaků, z tohoto důvodu část vědecké obce předpokládá, že by ON mohla být klasifikována jako jedna z verzí zmíněných poruch (Bratman & Knight, 2000). Jak bývá zvykem, najdou se i protichůdné názory, tudíž v následujících odstavcích se na oba postoje podíváme konkrétněji.

Ortorexie, anorexie a bulimie výrazně zasahují do každodenního života, kdy se jídlu musí přizpůsobovat celý životní styl. Rigidita, perfekcionismus, potřeba kontroly a úzkostné stavy jsou společné atributy těchto poruch, stejně jak jejich egosyntonní percepce. Obdobné jsou také důsledky v podobě sociální izolace, somatických problémů a podvýživy (Cena et al., 2018).

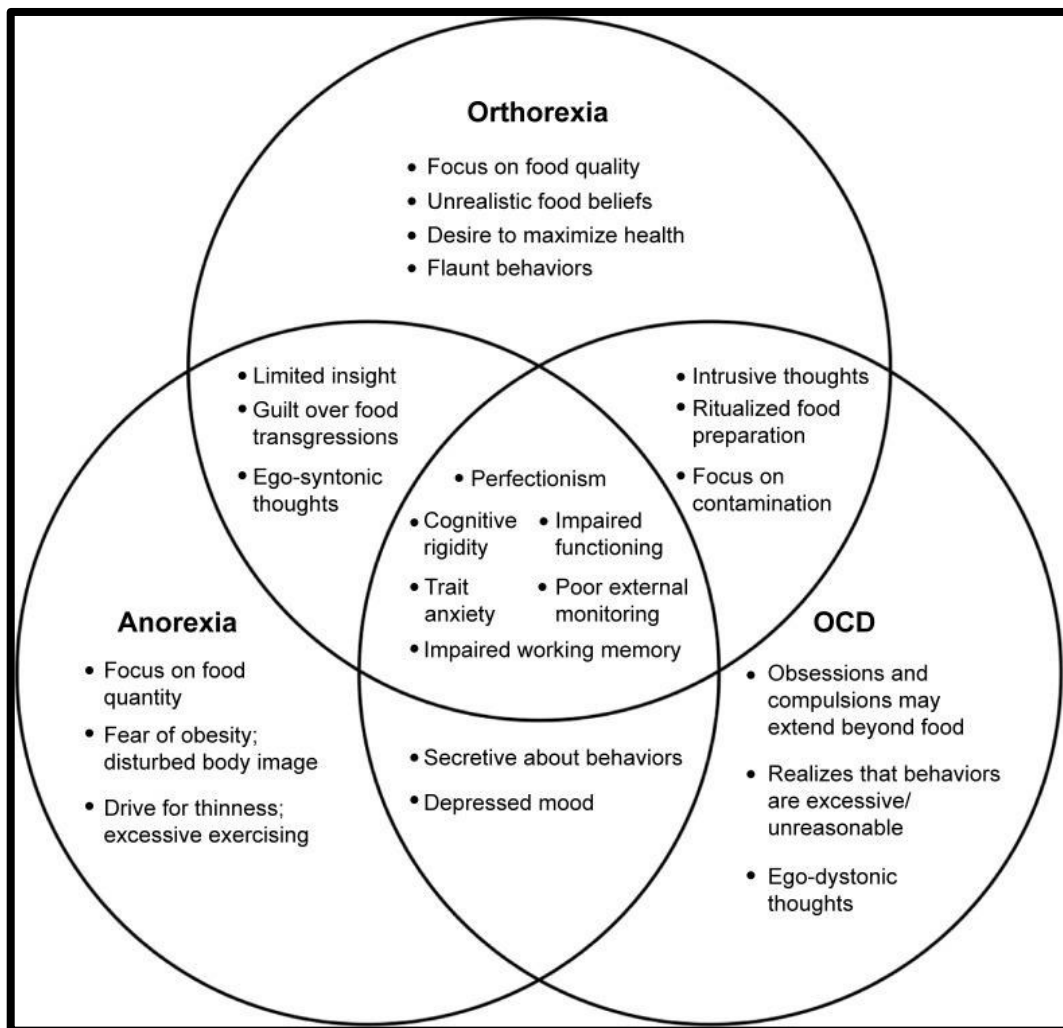
Ortorexie se liší od AN, BN hned několika způsoby. Ortorektici nejsou primárně poháněni extrémním strachem ze zvýšení hmotnosti, taktéž nepoužívají nevhodné kompenzační mechanismy při „nadměrném“ kalorickém příjmu, které jsou typickým příznakem PPP. Dalším rozlišujícím znakem je dle autorů Dunn a Brattman (2016) nezkreslené vnímání vlastního těla, nicméně s tímto tvrzením nesouhlasí zjištění Barthelsové et al. (2015), kteří ve své studii o ortorektických jedincích naopak pozorovali negativní dopady na percepci těla.

Další rozdíl spočívá podle Segura-Garcia et al. (2015) v různých typech obav. Zatímco AN, BN mají strach z množství zkonsumovaného jídla, ortorektici naopak z kvality potravy. Jejich primární motivací je pocit dokonalosti a čistoty. Nicméně nedávné výzkumy ukázaly, že i lidé s anorexií či bulimií mají rovněž sklon dbát na kvalitnější druh stravy (Barthels a kol., 2015).

Jiný je také pohled na samotné chování, které je s poruchou spojené. Jedinci s ON nemají ve zvyku své sklony, názory a pravidla ohledně stravy tajit, naproti tomu anorektičtí a bulimičtí pacienti své chování před okolím skrývají (Koven & Abry, 2015). Poruchy příjmu potravy v drtivé většině případů začínají nízkým sebevědomím, což u ON také není obvyklé. I toto lze považovat za diferenciaci mezi oběma poruchami (Brytek-Matera, 2012).

I když naproti AN, BN se ortorexie jeví jako poměrně bezpečná, nelze ji brát na lehkou váhu, protože i tato porucha může jedincům zásadním způsobem zkomplikovat život. Problémem je samotné smýšlení ortorektiků, protože sami svůj životní styl považují za ideální a nevnímají, že si sami nějakým způsobem ubližují (Bratman & Knight, 2000). Jak bylo v kapitole rizikových faktorů zmíněno, poruchy příjmu potravy jsou v anamnéze závažným prediktorem rozvoje ortorektické poruchy (Barnes & Caltabiano, 2017). Z této kapitoly je evidentní nesoulad mezi mnoha výzkumníky v samotném uchopení a charakteristických znaků konceptu ON. Tato neshoda logicky ústí v potíže s její klasifikací v diagnostických systémech nemoci.

Obrázek 1: Kružnice znázorňující vztah ON, OCD a anorexie (Koven & Abry, 2015, s. 387)



2. Obsedantně – kompulzivní porucha

Obsedantně – kompulzivní porucha (OCD) je chronické, heterogenní psychické onemocnění, jehož hlavním rysem jsou opakující se vtíravé myšlenky a kompulzivní jednání. Obsese vstupují do mysli jedince ve formě opakujících se nepříjemných představ, impulzů a myšlenek, které mají za následek výraznou psychickou nepohodu. Toto napětí se jedinci snaží eliminovat nejrůznějším nutkavým jednáním, které bere na sebe podobu kompulzí či rituálů (Bloch et al., 2015). Přestože jedinci tyto příznaky hodnotí egodystonně, považují je za nežádoucí, rušivé a touží se jich zbavit. Jejich obsah mnohdy zrcadlí subjektivní významná témata (Praško & Vrbová Demlová, 2011). S postupem času roste množství vtíravých myšlenek, stejně jako i silnější potřeba kontroly. Většina jedinců má tendence své symptomy před okolím skrývat a snažit se zvládnout nemoc bez profesionální pomoci. Je však potřeba mít na paměti, že v drtivé většině případů člověk neprožije pouze jednorázovou epizodu, ba naopak OCD je vleklé onemocnění, které má na svědomí zdravotní, psychosociální (Schwartzman et al., 2017) i ekonomické potíže (Pittenger, 2017a). O závažnosti této poruchy svědčí také fakt, že v roce 2014 byla celosvětově desátou příčinou invalidity (Jacoby et al., 2014).

Obsedantně – kompulzivní porucha je začleněna pod neurotické poruchy. Tato skupina se řadí mezi nejčastěji zastoupené psychické onemocnění v populaci. Jejím typickým symptomem je úzkost, od které se odvíjejí i další příznaky. Úzkost patří mezi základní lidskou emoci, díky které jsme z pohledu evolučního hlediska vděční za přežití. Avšak v rámci neurotických poruch je narušená hranice četnosti, tedy kvantitativní stránka. U těchto onemocnění ztrácí anxioza svou původní funkci a proměňuje se v produkt myšlenkových procesů, nikoliv v odpověď na reálnou vnější hrozbu (Raboch, 2001).

Praško et al. (2016) uvádějí, že celosvětová prevalence v populaci je mezi 2 – 3 %, což je mnohonásobně více než se v minulosti předpokládalo. Jedná se o druhou nejčastější psychickou poruchu, hned po depresi. Prevalence je zhruba stejná ve všech kulturách, ale přítomnost choroby byla více zaznamenána u žen. U 60 % jedinců se OCD projeví do 25. roku života, v 30 % případů dokonce již mezi 5. - 15. rokem. Obsedantně-kompulzivní porucha se objevuje také mezi pediatrickou populací, kde se její prevalence odhaduje mezi 0,5 % - 1 % dětí (Freeman et al., 2012).

2.1 Charakteristika obsesí a kompulzí

Obsedantně – kompulzivní porucha je vymezena základní přítomností dvou stěžejních symptomů: recidivující vtíravé myšlenky a kompulzivní chování, které svému hostiteli způsobují výraznou nepohodu. Lidé trpící OCD jsou vtaženi do nekončícího kruhu, na jehož počátku stojí bizarní myšlenky, které evokují úzkostné stavy a jedinci se je snaží dočasně eliminovat rigidním činem, rituálem (Penzel, 2017). Někteří výzkumníci jsou toho názoru, že tento bludný kruh je rovněž přítomný u ortorexie. (Donini 2004; Bratman, 2000; Gleaves et al., 2013; Koven & Abry, 2015)

Příklad těchto projevů popisuje Bratman (2000) na základě své vlastní zkušenosti. V čase mentální ortorexie ulpíval na striktních pravidlech týkajících se kvality, přípravy i konzumace stravy, kdy porušení těchto zásad v něm vyvolalo silnou tenzi. Vtíravé myšlenky jej neopouštěly ani v čase spánku, o potravinách se mu zdálo, často se budil a přemýšlel, co bude jíst následující den. Stravovací návyky již nebyly řízeny pocitem sytosti nebo chutí, ale neúprosnými pravidly zdravého stravování.

Obsese

Praško (2013, s. 12) definuje obsese jako: „*opakující se myšlenky, představy nebo nutkání, které jsou prožívány jako nepříjemné, nežádoucí, nesmyslné a vzbuzují úzkost.*“ Rekurentní myšlenky samy o sobě nelze považovat za patologické, těmi se stávají až ve spojení s intenzivní úzkostí, kterou se pokouší jedinec za každou cenu neutralizovat. Dalším znakem obsesí je jejich tendence ke generalizaci, to znamená, že s postupem času začínají pronikat do nových oblastí prožívání.

Pro myšlenkové procesy OCD jsou charakteristické tzv. ruminace, jedná se o obšírné a neproduktivní sledy úvah, které jedinec nedokáže zastavit. Obsahem těchto představ je strach z určitého iracionálního nebezpečí, které jedince trýzní a způsobují mu psychické napětí (Penzel, 2017).

Pittenger (2017) rozděluje obsese do následujících kategorií: 1) Agresivní; 2) Sexuální; 3) Kontaminační; 4) Náboženské; 5) Obsese nebezpečí, ztráty, trapnosti a poškození; 6) Magické; 7) Perfekcionistické; 8) Somatické; 9) Neutrální a 10) Symetrické neboli přesné obsese. Ačkoliv bazální témata myšlenek jsou založeny na podobném základu, tak jejich definitivní podoba záleží na subjektivní modifikaci každého jedince. Lidé postiženi

obsedantně-kompulzivní poruchou často pociťují bezmoc, protože své myšlenky nemohou jinak usměrňovat. To má za následek vysokou míru komorbidity s depresí a jinými úzkostnými poruchami (Brakoulias et al., 2017; Macy et al. 2013).

Kompulze

Diagnostický manuál DSM-5 definuje kompulze jako: „*opakující se chování nebo mentální akt, který jedinec musí vykonat v reakci na nutkavé myšlenky. Kompulzivní chování je zaměřeno na prevenci nebo zmírnění úzkosti, a není realisticky spojený s tím, co je určeno k neutralizaci, nebo je zjevně nadměrné.*“ (DMS - 5, 2013, s. 237). Kompulze, která má často podobu rituálu, může na krátkou chvíli zmírnit úzkost, kterou obsese způsobila. Můžeme je tedy označit za jakousi „*aktivní obranu*“, která v dlouhodobém měřítku naopak posiluje nutkavé představy (Praško et al., 2008). Lidí trpící OCD provádějí rituál tak dlouho, dokud napětí plynoucí z obsesí nepomine, eventuálně zcela nezmizí.

Drtivá většina kompulzí je orientována na předcházení nebezpečí či nápravu chyby, nicméně téměř vždy je zveličena v porovnání s reálnou hrozbou (Praško, 2019). Kompulze lze také označit za stereotypní činy, kterým se pacienti snaží vyvarovat, neboť je chápou jako nesmyslné a neúčinné, avšak čím více se jim jedinec snaží vzdorovat, tím silnější utrpení prožívá (MKN-10, 2008). Stejně jako obsese i kompulze Pittenger (2017) seřazuje do 10 skupin: 1) Kontrolující; 2) Magické; 3) Dekontaminační; 4) Perfekcionistické; 5) Počítající; 6) Dotykové nebo pohybové; 7) Somatické; 8) Mentální; 9) Protektivní a 10) Hromadící kompulzivní chování. Bratman (2000) jako jeden z příkladů ortorektických rituálů uvádí krájení potravin v přesně stanoveném pořadí nebo přípravu pokrmů striktně podle receptů. Zamora et al. (2005) zase mluví o mnohonásobně delším žvýkání potravy.

Množství variant obsesí a kompulzí u jedinců s OCD je takřka neomezené. Žádní dva pacienti nemají totožné projevy, jejich složitost a rozmanitost reflektuje spletnost samotného mozku. Přesto jsou konkrétní témata, která se objevují opakovaně (Pittenger, 2017). Tvůrci metaanalýzy Block et al. (2015), která se zaměřuje na symptomy obsedantně-kompulzivní poruchy, dospěli ve své práci k poměrně konzistentní čtyřfaktorové struktuře OCD, která se během života zásadním způsobem nemění. Tvoří ji následující faktory:

- 1) Souměrný faktor, který obsahuje rysy posedlosti, uspořádání, opakování a počítání.
- 2) Zakázaný faktor, který je charakterizován agresivními, sexuálními a nábožensky orientovanými myšlenkami.

- 3) Faktor čištění, kdy ústředním rysem je strach z kontaminace a znečištění.
- 4) Faktor hromadění, který je sycen nutkavou posedlostí hromadění.

Obsesivní myšlenky (např. neustálé přemýšlení a plánování stravy) jsou základním rysem také u ortorexie. Tito jedinci se zahlcují nutkavými představami vztahujícími se ke kvalitě, složení, kontaminaci nebo čistotě potravin. Otázkou však zůstává, zda ortorektikům tyto představy způsobují distres, jak je tomu u pacientů s OCD, kteří hodnotí obsese jako iracionální, a pokoušejí se jim uniknout skrze kompulzivní chování (např. rituální příprava jídla). Jak upozorňují Gleaves et al. (2013), ortorektici postrádají nadhled a obsese i kompulzivní jednání jim přináší uspokojení. Je to v souladu s jejich hodnotami, potřebami, cíli, a dokonce mají tendenci k nim vybízet i své okolí.

2.2 Etiopatogeneze OCD

Obsedantně – kompulzivní porucha je multifaktoriální onemocnění, na jejímž vzniku a rozvoji se podílí biologické, psychologické i sociální faktory. Praško et al. (2008) je podrobněji diferencují do pěti kategorií: genetická zátěž, biochemické procesy, výchova a faktory prostředí, rysy osobnosti a zátěžový faktor (stres). V následující kapitole si podrobněji představíme každou z nich.

2.2.1 Biologické faktory

Již od počátku dvacátého století badatelé tušili, že biologické faktory budou hrát v náchylnosti k OCD důležitou roli. Od té doby bylo realizováno značné množství výzkumů, které se na neurobiologickou základnu OCD zaměřovaly, přesto příčiny zůstávají z velké části neobjasněny (Pittenger, 2017).

Výsledky rodinných studií přikládají dědičným činitelům důležitou roli, důkazy o genetické predispozici pocházejí ze zdrojů vědeckého zkoumání: 1) studie dvojčat 2) výzkumy u příbuzných prvního stupně (Brown et al., 2014). U příbuzných prvního stupně je pravděpodobnost rozvoje OCD až desetinásobně vyšší, to však nemusí průkazně dokládat vliv genetických faktorů, protože projevy OCD mohou být naučené. Na druhou stranu pro významný dědičný přenos vypovídají studie dvojčat, které nesdílely stejné rodinné prostředí. U nich se pravděpodobnost vzniku OCD pohybovala mezi 40 - 50 % (Arnold et al., 2017). Tyto odhady jsou mnohonásobně vyšší než celoživotní prevalence OCD v obecné populaci, která podle Browna (2014) činí 0,7 - 3 %. V posledních letech výzkumníci ve spojitosti s touto chorobou diskutují vlivy tzv. *materšských efektů*, které jsou také silným rizikovým

faktorem pro rozvoj OCD. Mezi takové řadí předčasný porod, nízkou porodní váhu matky i dítěte, kouření během těhotenství nebo pozitivní anamnézu autoimunitního onemocnění rodičky (Mahjani et al., 2020).

Epidemiologické a molekulární studie také dokázaly, že při rozvoji onemocnění hraje důležitou roli polymorfismus genu, konkrétně geny serotonergního, dopaminového a glutamatergního systému (Taylor, 2013). Při léčbě symptomů OCD se využívá účinku SSRI a předpokládá se, že při vzniku dochází k narušení serotoninového systému. Obecně lze říci, že geny serotoninového systému hrají při OCD důležitou roli, avšak jejich přesné varianty nejsou dodnes zcela odhaleny (Sinopoli et al., 2017). Podobně nejasná je úloha dopaminových okruhů (Abhishek et al., 2019). Avšak na rozdíl od serotoninu a dopaminu byla role glutamatergického systému v zobrazovacích a molekulárních studiích při rozvoji OCD prokázána (Bozorgmehr et al., 2017).

Z této kapitoly je patrné, že genetické dispozice hrají při vzniku OCD nevyvratitelnou roli, stejně tomu je u poruch příjmu potravy. Mezi těmito poruchami byla evidována vysoká komorbidita (viz kapitola Komorbidita OCD). Navíc Cavallini et al. (2000) upozorňují na společnou genetickou základnu, konkrétně ve své studii hovoří o existenci genu v etiologii OCD a PPP, který má na vznik obou onemocnění vliv. V budoucnu je potřeba výzkumů, které by zkoumaly, zda tento gen nesouvisí i s rozvojem ON.

2.2.2 Psychologické teorie

Historicky nejstarší psychologickou teorií obsedantně-kompulzivní poruchy je teorie psychoanalytická, jejímž autorem není nikdo jiný než sám Sigmund Freud. Tento autor je názoru, že obsedantní projevy jsou charakteristické konfliktem mezi egem a superegem na jedné straně a impulsy agresivní a sexuální povahy na druhé straně. Jinak řečeno člověk trpící OCD musí na jedné straně bojovat proti nepřijatelným podnětům a na druhé straně čelit „hyper-morálnímu“ superegu. To vyvolává extrémní úzkost, kterou se snaží nemocní eliminovat pomocí obsesí a kompulzí v podobně různých obranných mechanismů (Kempke & Luyten, 2007). Existuje pouze omezené množství důkazů, které by tuto teorii potvrzovaly (Praško, Vrbová & Demplová, 2011).

Další podstatnou teorii, která se pokouší objasnit OCD, nazýváme teorií učení. Tato teorie předpokládá, že rysy příznačné pro toto onemocnění, jsou naučené. Například jedinec se může pomocí asociace s nelibým zážitkem naučit reagovat úzkostí na podněty, které

reálně nejsou nebezpečné. Jinak řečeno, posednost vzniká, když dříve neutrální objekty se propojí se stimulem, který vyvolává úzkost. Časem člověk zjistí, že určité chování mu přináší dočasné uvolnění, proto se toto nepřilnavé jednání začne zpevňovat a opakovat. Tímto se dostává do začarovaného kruhu obsesí a kompulzí, protože obsesivní myšlenka není nic jiného, než zpevněné kompulzivní chování, které přináší zmírnění tenze (Abramowitz & Arch, 2014).

Na teorii učení pozvolna navazuje kognitivně-behaviorální (KB) model. Ústřední myšlenkou této teorie je předpoklad, že samotné obsedantní myšlenky nelze pokládat za patologické. Emoční náboj získávají až po pacientově zhodnocení, stejně tak zůstávají ve vědomí, pouze pokud jsou asociovány s dalšími nutkavými myšlenkami nebo chováním. Některé z vtíravých myšlenek mohou souviset s potencionálním ohrožením, které vyvolává v jedinci enormní napětí. KBT v této souvislosti hovoří o tzv. *dysfunkčních kognitivních schématech*, které způsobují nežádoucí výklad obsesivních myšlenek. Tenze se může vystupňovat do takové míry, že ji jedinec musí snížit pomocí neutrálního chování. Z výše zmíněného vyplývá, že automatické myšlenky se patologickými stávají až ve spojení se silnou úzkostí a následným činem, který ji má zneškodnit. Nutkavé a vyhýbané rituály znemožňují revizi obsedantních úvah, jinak by jedinec záhy zjistil, že nebezpečí, které pociťuje, není reálné. Přestane-li s nimi bojovat a vyrovnávat je kompulzivními činy, obsese ztratí svůj emoční význam a časem zanikne. Nepřilnavé postoje nejčastěji vznikají v dětství, tato stanoviska se rodí dlouho před rozvojem samotné choroby a mají svoje kořeny ve výchově (Praško et al., 2019).

Bratman (2000) zdůrazňuje při rozvoji ortorexie roli nevědomých procesů. Prvním z nich je tzv. *snaha o vytváření iluze komplexního bezpečí*, která vzniká na základě strachu ze smrtelnosti. V podstatě se jedná o tendenci chránit se před škodlivým prostředím a striktně dodržovat stravovací styl, pitný režim a obecně nadměrně pečovat o své tělo. Tyto zvyky dodávají lidem víru, že nikdy nepodlehnu žádnému nemoci. Další možnou nevědomou pohnutkou je tzv. *touha po absolutní kontrole*. Dodržování pravidel přináší pocit kontroly, který je pro spoustu lidí v dnešním nestabilním světě uspokojující. Ortorexie, jakožto absolutní kontrola nad stravou, napomáhá přemoci nepříjemnou nevyzpytatelnost života. Dále *skrytá konformita* jako touha po štíhlosti kvůli kulturním normám. Nakonec *hledání spirituality v kuchyni*, kdy jedinci povznesli jídlo na spirituální úroveň.

Při porovnání psychologických příčin OCD a ON nacházíme několik společných jmenovatelů: nadměrná potřeba kontroly, odpovědnost, stanovení pevného řádu a potřeba jistoty a bezpečí. Wheaton et al. (2010) spojují některé symptomy OCD s nepřilnavými typy kognitivních schémat:

- Potřeba mytí je svázána se zvýšeným pocitem odpovědnosti a nadhodnocováním nebezpečí.
- Intenzivní snaha o perfekcionismus se pojí s potřebou jistoty.
- Pro nevhodné myšlenky je typické přeceňování významu těchto úvah a silná snaha je ovládnout.
- Potřeba kontroly souvisí s nadměrnou snahou o responsibilitu.

Jak vidíme, tyto nepřilnavé postoje jsou téměř shodné s nevědomými příčinami ON.

2.2.3 Faktory prostředí

V psychiatrii se dlouhou dobu vedly debaty o tzv. „*nature versus nurture*“, biologických versus environmentálních faktorů. Dlouhá léta se více pozornosti věnovalo genetickým predispozicím. Nicméně pro vývoj OCD symptomů, ale i jiných psychiatrických onemocnění, jsou faktory prostředí přinejmenším stejně podstatné, jako genetické. Společným rysem je jejich obtížná identifikace (Fernandez & Leckman, 2016). Brander et al. (2016) rozlišují tři zásadní environmentální faktory: 1) perinatální vývoj; 2) události reprodukčního cyklu; 3) stresové a traumatické události.

Specifickými perinatálními faktory se Brander et al. (2016) zabýval ve své další studii, kterou prováděl na švédské kohortě. Z jeho výsledků je očividná souvislost mezi OCD a těmito faktory: kouření tabákových výrobků matek během těhotenství (10 a více cigaret denně), porod císařským řezem, nízká porodní váha, předčasný porod a nízké skóre v Apgar testu. 40 % pacientů s OCD zahrnutých v této studii mělo alespoň jeden ze zmíněných rizikových faktorů. Dále dodává, že perinatální komplikace mohou zvyšovat riziko rozvoje psychiatrických diagnóz, jako je schizofrenie, bipolárně afektivní porucha, porucha autistického spektra, nebo porucha pozornosti.

Z jiné studie realizované Barrose et al. (2020), kteří prováděli vyšetřování rizikových faktorů na dětech a adolescentech, vycházejí jako další podstatné rizikové faktory pro rozvoj OCD následující: nižší kvocient inteligence, nižší věk, nižší socioekonomický status, vyšší hladina stresu matek během těhotenství, dětská prvenství (první dítě matky) a také absence

kojení. Všechny tyto zmíněné faktory mohou pomoci při pochopení prevence a včasné intervence, proto zůstávají jejich další výzkumná šetření prioritou.

2.2.4 Rysy osobnosti

Mezi typické osobnostní rysy, které mohou predikovat vznik OCD, Vágnerová (2004) řadí: zvýšenou nerozhodnost a z ní plynoucí tendenci k obezřetnosti, nadměrnou pečlivost, perfekcionismus, pedantnost, která se manifestuje do potřeby kontroly. Dalším charakteristickým prediktorem je strnulost, disciplinovanost a silný důraz na dodržování pravidel.

Wu et al. (2006) se ve své práci zaměřili na porovnání osobnostních rysů lidí trpících OCD, studentů medicíny a běžných ambulantních pacientů. Výsledky ukazují, že OCD pacienti vykazují vyšší míru negativní afektivity (také známá jako neuroticismus, či negativní emotivita), jež bychom mohli definovat jako tendenci prožívat averzní emoční stavy, jakými jsou smutek, vina, hněv či strach. Také dosahují nižšího skóre pozitivní afektivity, pro kterou je příznačná náchylnost být energetický, přátelský, společensky dominantní nebo zdvořilý. Rovněž OCD pacienti podobně jako běžní ambulantní pacienti imponují nedostatkem kreativity, nepružnosti myšlení a sociální zdrženlivosti. Na druhou stranu oproti normativní populaci se i ambulantní pacienti jeví jako opatrnější, se sklonem k důkladným úvahám a snaze se vyhnout riziku a nebezpečným situacím.

Za povšimnutí také stojí zvýšené skóre sebepoškození (konkrétně nízké skóre na dimenzi sebedůvěry). Tito lidé disponují nízkou self-image, zažívají sebepoškozující myšlenky či chování. Vyšší procento sebevražedných pokusů je zaznamenáno především u pacientů s OCD, kteří současně trpí i depresivní symptomatikou (Praško et al., 2008). Nízká úroveň self-image byla taky pozorována u ortorektického chování, tito lidé vykazují problémy se zvládáním každodenních stresových faktorů a regulací jejich emocí (Özenoglu & Ünal, 2016). Doposud nebyla realizována žádná studie zkoumající suicidiální jednání u ON. U poruch příjmu potravy Ahn, Lee a Jung (2018) uvádějí, že až 20 % pacientů se pokusí o sebevraždu.

2.2.5 Stresové a traumatické životní události

Posledním, ale neméně důležitým faktorem, který se podílí na rozvoji většiny psychických poruch včetně OCD, jsou různé traumatické či stresové životní situace. Jedním z činitelů, který může souviset s rozvojem OCD jsou tzv. *nepříznivé dětské zkušenosti*. Tyto

zážitky zahrnují zejména různé formy fyzického a citového týraní, sexuálního zneužívání, ale také jiné negativní události v rodině, například rozchod rodičů. Tyto zkušenosti mají jednoho významného společného jmenovatele, stres (Kessler a kol., 2010). Výsledky řady studií potvrzují vliv těchto nepříznivých zkušeností na rozvoj diagnózy OCD, například Grisham et al. (2011) zjistili signifikantní vztah mezi OCD a fyzickým nebo sexuálním násilím v dětství. K obdobným výsledkům dochází ve svém výzkumu i Hartl et al. (2005), z jejichž studie je také patrný vliv sexuálního a tělesného týraní či emočního zanedbávání. Na druhou stranu i zde je potřeba být obezřetný, protože výsledky, týkající se především následku sexuálního týraní, jsou rozporuplné (Chcou, 2012), a proto jasná paralela mezi nimi nemůže být s jistotou potvrzena a vyžaduje další zkoumání.

I traumatické a stresující události v dospělosti hrají důležitou roli při nástupu OCD. Mezi takové můžeme zařadit například sexuální násilí (Vidal-Ribas et al., 2015), přítomnost při smrtelné nehodě (De Silva & Marks, 2001), nebo fyzické násilí (Hartl et al., 2005). Mezi všednější stresující životní události, které se na vzniku OCD symptomů také mohou podílet, řadí Praška a Grambal (2013) rozpad partnerství, nemoc, úmrtí v rodině a ztrátu zaměstnání.

Dosavadní zjištění napovídají, že vypjaté životní situace mohou významně přispět k diagnóze OCD. Jak hovoří Real a et al. (2011), při raném propuknutí choroby patrně hraje podstatnější roli genetika, zatímco při pozdějším nástupu spíše zátěžové události. V druhém případě se také vyznačuje podobou náhlého vzniku a je typičtější pro ženy. U PPP je dokonce výzkumně podloženo, že až u 70 % pacientů byla spouštěčem nemoci náročná životní situace, například separace od rodiny, smrt příbuzného, sexuální obtěžování či nemoc (Krch, 2005). Také u zrodu ortorexie často stojí konfrontace s chronickou nemocí nebo smrtelné onemocnění v rodině (Bratman & Knight, 2000). Je důležité nezapomínat, že každý člověk je individuální a jakákoliv životní situace může zapříčinit rozvoj psychického onemocnění.

2.3 Léčba OCD

V dnešní době se při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy využívá zejména kognitivně – behaviorální terapie (KBT) a farmakoterapie. Při aplikaci jedné z těchto intervencí, nebo ještě lépe jejich kombinací, dochází k redukci potíží, které jsou s OCD spojeny. Na druhou stranu u 40 – 60 % pacientů zůstávají reziduální symptomy, které jim nedovolují žít plnohodnotný život (Stopková, 2017). Badatelé, kteří považují ortorexiu za

jeden z typů OCD, navrhuji jako nejvhodnější formu léčby kognitivně – behaviorální terapii, případně doplněnou SSRI, stejně jako je tomu doporučeno u OCD (Mathieu, 2005).

2.3.1 Farmakoterapie

Bylo prokázáno, že pacienti s diagnózou OCD mají problémy s rovnováhou serotoninu. Tento neurotransmiter je zodpovědný za přenos signálu z nervových zakončení mozku skrz synaptickou štěrbinu na ostatní články systému. Pokud je stabilita serotoninu narušena, pak tento systém nefunguje správně. Z těchto důvodů se za léky první volby považují inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SRI), selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) nebo inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI). U těchto látek se prokázala efektivní účinnost pro léčbu obsesí i kompulzí (Denys et al., 2003; Praško et al., 2008). Tyto preparáty blokují zpětné vychytávání serotoninu, nebo noradrenalinu v synaptické štěrbině, čímž zajišťují jejich optimální množství v nervovém systému (Praško et al., 2008). Přehledová studie z roku 2008, která srovnávala účinnost SSRI s placebem ukázala, že SSRI dosahovaly téměř dvojnásobně vyšších klinických odpovědí na léčbu než u lidí, kteří dostávali placebo. Porovnání účinnosti jednotlivých léků napovídá, že ačkoliv jednotlivá léčiva SSRI byla ve své efektivnosti srovnatelná, lišila se svými nežádoucí účinky. Nejvíce hlášeným negativním účinkem účastníků byla nevolnost (Soomro et al., 2008).

Je důležité upozornit, že u většiny těchto preparátů je potřeba aplikovat vyšší dávky, než je běžné u depresivní symptomatologie či úzkostných poruch (Praško et al., 2008). Rovněž se ukazuje, že efekt léčby přichází až s odstupem času. K výraznému zlepšení dochází v průměru okolo šesti týdnů užívání, nicméně k celkovému zhodnocení efektivnosti léku se doporučuje minimálně 12 týdnů. I přes kladnou odpověď na léčbu se doporučuje pokračovat v užívání ještě nejméně dalších 6 - 12 měsíců (Stopková, 2017). Pokud ke zmírnění obsesí a kompulzí nedorazí za dobu 3 měsíců, nemá smysl dávky zvyšovat a ani v léčbě neúčinnou látkou pokračovat. S ohledem na fakt, že u 90 % jedinců po vysazení dochází k relapsu, je dlouhodobá, ba dokonce celoživotní léčba nezbytností (Hollander & Simeon, 2009).

Všeobecně je přijímán názor, že při léčbě ON je vhodné zvolit inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, podobně jako u OCD. Je však potřeba upozornit, že ortorektik bude pravděpodobně farmakologickou léčbu odmítat, neboť jí považuje za „nečistou“ a pro zdraví nebezpečnou (Mathie, 2005).

2.3.2 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně – behaviorální terapie je v současnosti považována za léčbu první linie při úzkostných poruchách, včetně OCD (Bluett et al., 2014), proto je následující kapitola věnována právě tomuto přístupu. Tento psychotherapeutický směr vznikl v sedmdesátých letech 20. století spojením kognitivní a behaviorální terapie. Kognitivní část terapie je zaměřená na změnu myšlení, kdežto behaviorální souvisí s viditelným chováním jedince (Pešek et al., 2013). Základní myšlenkou KBT je předpoklad, že původem psychických problémů jsou nesprávné způsoby jednání a myšlení, které jsou naučené a udržované prostřednictvím vnějších a vnitřních faktorů (Praško et al., 2007). Psychoterapie by měla v optimálním případě trvat nejméně 2–3 měsíce, zvláště v počátečních fázích je potřeba opakovat sezení 2x – 5x týdně. Kognitivně – behaviorální psychoterapie při léčbě OCD využívá třech základních postupů:

- psychoedukace (porozumění příznakům OCD a sní spjatými souvislostmi)
- expozice se zábranou rituálu
- kognitivní terapie

Základní behaviorální metodou je expozice se zábranou kompulze, jejíž podstatou je postupné vystavování se stimulu, který způsobuje tenzi nebo pohodu, dokud není vykonán příslušný rituál. Zábrana obranných rituálů je jednání, při kterém se člověk snaží čelit napětí, které způsobují nutkavé myšlenky bez vykonání vyhýbavého rituálu. Záměrem této metody není úzkosti odstranit, ale naučit se je snášet (Robbins et al., 2019). Expozice se zábranou spolu s nácvikem zvrácení zvyku ohledně nákupu, přípravy a konzumace stravy, může být prospěšná při léčbě obsedantně nutkavých aspektů ortorexie (Koven & Abry, 2015).

Další nedílnou součástí KBT je kognitivní restrukturalizace, jejímž cílem je transformace dysfunkčních přesvědčení a nežádoucích automatických myšlenek. Tato metoda slouží k pochopení vztahu mezi projevy, potřebou vykonávat rituály a korekcí náhledu na obsese. Podstatným prvkem je testování správnosti vtíravých myšlenek, k čemuž se využívají induktivní otázky. Kognitivní restrukturalizace jako jediná technika pro umírnění obsesí a kompulzí nestačí, ale společně s expozicí a zábrany rituálu může významně přispět ke zvládnutí projevů OCD (Praško et al., 2003). Kognitivní restrukturalizace bude přínosná pro narušení dichotomického myšlení, generalizací a katastrofických scénářů, týkajících se potravin a zdraví, taktéž může pomoci s problémovými rysy, jakými jsou perfekcionismus nebo rigidita (Koven & Abry, 2015).

Přestože jsou tyto psychoterapeutické techniky při snižování nutkavého jednání, ale také obsedantních myšlenek, účinné, tak podle Reghunandana et al. (2015, in Robbins et al., 2019) je 50 % pacientů vůči této léčbě rezistentní z důvodu nedostatečné motivace a angažovanosti.

Efektivnost kognitivně-behaviorální terapie dokládá i celá řada studií. Můžeme uvést například rozsáhlou metaanalýzu z roku 2014, která zahrnovala 37 studií. Z výsledků je patrný signifikantně významný rozdíl při srovnání s pacienty, kteří teprve na KBT léčbu čekají, a placebo efektem. Dále prokázala, že v účinnosti není rozdíl mezi individuální a skupinovou terapií, stejně jako mezi využitím kognitivní terapie a expozice se zábranou. KBT se ukazuje jako účinnější než farmakoterapie, překvapivě ani jejich kombinace neprokazovala lepší výsledky než samostatná KBT (Öst et al., 2015). Tyto informace potvrzují závěry i starší metaanalýzy Amrahamowitze (1997). Zvláště u lehčích a středně těžších diagnóz OCD jsou výsledky KBT a farmakologie srovnatelně účinné. Výhodou terapie je dlouhodobější efekt, tedy snížení rizik relapsů. U těžších forem je nutná kombinace obou, KBT i farmakoterapie.

I v rámci naší republiky provedli autoři Vyskočilová a Praško (2016) šetření s cílem zjistit, zda OCD pacienti rezistentní na léky se, mohou pomocí intenzivní KBT terapie zlepšit. Po šestitýdenní léčebné terapii v kombinaci s farmaky byl prokázán významný pokles při hodnocení závažnosti symptomů OCD, což prokazuje efektivnost této metody.

V souvislosti s KBT je nutno zmínit novinku v rámci léčby, která se v nedávných letech začala rozmáhat, mluvíme o tzv. KBT online intervenci (*IKBT*). Tento přístup se dále rozděluje na tlKBT (vedené terapeutem) a ulKBT (nevedené terapeutem). U metody tlKBT je kontakt udržován pomocí telefonického nebo emailového spojení v sekenci jednou za týden (Nosková et al., 2018). Nedávná přehledová studie (2016) zkoumající účinnosti tlKBT při léčbě úzkostných poruch včetně OCD potvrdila klinicky významný efekt ve srovnání se skupinou, která na terapii teprve čekala. Tento přístup se vzhledem k omezeným možnostem zabezpečit KBT pro všechny pacienty do budoucna jeví jako nadějný. Zvláště výhodný může být pro lidi, kteří preferují samoléčbu, anonymní přístup, nebo si nemohou terapii z finančních či logistických důvodů dovolit. V rámci republiky zatím žádný tlKBT nebo ulKBT přístup není evidován.

Kognitivně-behaviorální terapie může být při léčbě mentální ortorexie vhodná zejména z hlediska získání náhledu. Pro tyto lidi je často nemožné smířit se s faktem, že

nemohou každý krok svého života ovládat, alespoň rigidní stravování jim dodává pocit jistoty a snižuje napětí plynoucí z tohoto poznání. Pro lidi s mentální ortorexií je často obtížné přijmout nedokonalosti svého těla. Přílišné zaujetí stravou je mnohdy únikem před reálnými problémy a jejich řešením, proto je důležité uvědomit si původ obsesí a kompulzí a odvádět pozornost do jiných prospěšnějších činností (Bratman, 2000).

2.3.3 Jiné možnosti léčby

Existují pacienti, kteří nereagují na léčbu pomocí KBT ani farmaky, pro takového rezistentní jedince se nabízí možnost podstoupit neurochirurgický zákrok, jako cingulotomii, přední kapsulotomii nebo orbitální frontální leukotomii. Brown et al. (2016) ve svých sumarizujících studiích docházejí k závěru, že efektivnost těchto postupů při léčbě OCD se pohybuje v rozmezí 50 - 60 % s distancí 6 - 24 měsíců po zásahu. Mezi novější přístupy léčby OCD, které také řadíme mezi neurochirurgické, je tzv. *hluboká mozková stimulace*, při které dochází k implementaci pacemkarových elektrod do přední oblasti capsula interna. I když metaanalýza z roku 2015 potvrdila u 45 % pacientů po hluboké mozkové stimulaci signifikantní snížení závažnosti symptomů OCD (Alonso et al., 2015), stále je tato metoda považována za spíše alternativní léčbu, která vyžaduje další zkoumání.

V budoucnu bude možné také využít přístupy rTMS (repetitivní transkraniální magnetická stimulace) a tDCS (transkraniální magnetická stimulace proudem), které spadají mezi stimulační metody. Tyto techniky vykazují pozitivní výsledky při léčbě deprese či schizofrenie, a účinnost v rámci obsedantně-kompulzivní poruchy se teprve zkoumá (Stopková, 2017).

Také různé formy relaxačních technik mohou být nápomocné při léčbě jak OCD, tak i ON. Jejich pravidelný trénink pomáhá s odreagováním od tenze a s ní spojenými tělesnými projevy. V neposlední řadě psychoedukace, vědecky podložená fakta ohledně výživy by mohly pacientům ukázat negativní dopady přehnaných jídelních pravidel. Při odbourávání falešných přesvědčení o zdravém životním stylu je potřeba postupovat s maximální citlivostí, protože dochází k rozvratu hluboce zakořeněné víry, která vnáší do životů ortorektiků strukturu a pořádek.

Pro zhodnocení závažnosti symptomů a odpovědi na léky je vhodné použít některý z řad psychodiagnostických dotazníků, kdy mezi hojně využívané patří škála Y – BOCS. Tato metoda zahrnuje seznam obsesí a kompulzí, u kterých pacient hodnotí, nakolik mu tyto

potíže narušují všední fungování, způsobují napětí, také jak jim dokáže vzdorovat a do jaké míry má nad nimi kontrolu (Googman et al., 1989).

2.4 Komorbidita OCD

Komplikace při léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy přinášejí také komorbidní onemocnění. Jedno z často vyskytujících se onemocnění, které doprovází pacienty s diagnózou OCD, je deprese. Pidrman (1999) uvádí, že až 40 % lidí postihují tato dvě onemocnění současně. Millet et al. (2004) odhadují celoživotní míru prevalence OCD a deprese na 62–78 %, přičemž deprese má tendenci spíše následovat než přecházet OCD symptomy, zvláště u pacientů s časným nástupem. OCD je onemocnění charakteristické sníženou kvalitou života a deficitem v sociálním fungování, které jsou také považovány za rizikový faktor deprese. Dalším znepokojujícím rysem je zvýšené nebezpečí pokusů o sebevraždu u osob s komorbidními depresemi (Torres et al., 2011).

Další onemocnění, které se často vyskytuje společně s OCD, je porucha příjmu potravy. Přibližně 41 % jednotlivců, kteří mají primární diagnózu PPP, má celoživotní komorbiditu OCD a u 10 % pacientů se tato dvě onemocnění objevují současně (Meier et al., 2019). Jednotlivci s PPP a OCD mají podobné osobnostní rysy jako je posedlost, impulzivita, strach z pochybení nebo perfekcionismus. Na funkční úrovni jsou pro obě poruchy typické intenzivní starosti s určitým stimulem (například u PPP jídlo nebo hmotnost, a u OCD kontaminace), po kterém následují kompenzační jednání, která snižují nepohodu nebo úzkost, kterou posedlost vyvolala (Altman & Shankman, 2009). Dalšími sdílenými znaky je dlouhé trvání nemoci a zvýšené riziko suicidia (Salllet et al., 2010). Výsledky nedávné studie (Xu et al., 2018) podpořily hypotézu, že diagnóza PPP a OCD vykazuje významnou asociaci na genetické úrovni, což pomáhá vysvětlit společné projevy. Jejich výzkum ukázal čtyři rizikové geny, které představují potenciální společné nebezpečí pro rozvoj PPP a OCD.

Obsedantně – kompulzivní porucha se také podle Malé (2000, s. 233) komorbidně vyskytuje: „u 12 % mánií a dystymií, 35 % alkoholových a 25 % drogových závislostí, u 12 % schizofrenií“. Vedle zmíněných poruch je také běžně OCD komorbidní s generalizovanou úzkostnou poruchou, specifickou a sociální fobií (De Mathis et al., 2013), separační úzkostnou poruchou, ADHD, tiky, posttraumatickou stresovou poruchou a Tourettovým syndromem (Brakoulias et al., 2017). U pediatrické populace s OCD

poruchou se až u 50 % případů potvrdily také úzkostné poruchy, tiky nebo ADHD (Theiner, 2014). Tyto výsledky nám naznačují, že z vývojové perspektivy se OCD nechová jako jednotná porucha, ale spíše jako soubor symptomů, které interagují s jinými onemocněními a tím zvyšují zranitelnost vývoje následných specifických poruch (De Mathis et al., 2013).

Na druhou stranu je potřeba rozlišit onemocnění, které OCD mohou svou kvalitou připomínat. Například chování pacientů se schizofrenní poruchou může připomínat kompulzivní jednání. Rozdíl spočívá v hodnocení původce myšlenek, které jedince trýzní. Zatímco schizofrenik považuje za tvůrce svých představ vnější síly nebo jiné osoby, jedinec s OCD ví, že autorem svých myšlenek je pouze on sám. Taktéž vyhýbavé chování a prožitek úzkosti a strachu, který prožívají lidé s fobiemi, mohou připomínat OCD. Odlišnost nacházíme v množství spouštěčů, zatímco fobie jsou většinou orientovány pouze na jeden objekt, u OCD jich můžeme najít hned několik. Dalším podobným onemocněním je Tourettův syndrom, kdy při stanovení této diagnózy je klíčové rozlišení tiků a kompulzí. Základním rozdílem je, že tiky jsou bezúčelné a mimovolní pohyby či zvukové projevy. Pro diferenciální diagnostiku je také zásadní rozlišení organických poruch, jakými jsou epilepsie, poškození mozku a nádory. (Praško et al., 2013).

2.5 Stigmatizace OCD

Lidé s duševním onemocněním se setkávají s různými formami diskriminace prakticky denně. Termín psychiatrický pacient je stále ve společnosti asociován s řadou negativních předsudků, tito lidé jsou považováni za morálně slabé a společensky nebezpečné. Takovéto postoje se promítají do stereotypů, kterými jsou lidé s psychickou poruchou ve společnosti a v médiích prezentováni, jinak tomu není ani v případě OCD diagnózy (Ocisková & Praško, 2015).

Podle Ociskové (2014) může být stigmatizace vnímaná jako „*druhá nemoc*“, která přináší další zdroj utrpení nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho nejbližší okolí. Projevy OCD mohou být pro ostatní lidi vnímány jako nepochopitelné, bizarní a nevhodné. Příkladem může být ritualizované nakupování ortorektiků, tito lidé navštěvují stále stejné obchody, také kupují pořád stejné potraviny, dokonce i jejich příprava musí probíhat podle jasně daného postupu (Varga et al., 2014). Neporozuměním těmto symptomům přináší jedinci nálepkou psychicky nemocného, čímž se změní vztah a chování vůči němu. Obavy ze stigmatizace bývají mnohdy důvodem, proč lidé trpící OCD nenavštíví odbornou pomoc

a raději se pokoušejí řešit své potíže jinými alternativními druhy léčby, protože už samotné absolvování psychiatrické péče je ve společnosti vnímáno záporně. Jedním z problémů veřejnosti je malé povědomí o projevech obsedantně-kompulzivní poruchy. Existují důkazy, že krátká osvěta o různých formách OCD kladně ovlivňuje postoje vůči lidem s touto diagnózou. Jinak řečeno, jakmile člověk důvěryhodně rozpozná příznaky OCD, pak má tendence zlepšovat vůči těmto lidem postoje, včetně nižší míry hodnocení nebezpečí či menší sociální vzdálenosti (Homonoff & Sciutto, 2019). V jedné z dalších studií vyšlo najevo, že jedinci propagující zdravou stravu jsou všeobecně považováni za sociálně méně přitažlivé (Nevin & Vartanian, 2017).

Obsedantně – kompulzivní porucha patří mezi heterogenní skupinu nemocí, tudíž i způsoby stigmatizace se liší v závislosti na charakteru příznaků a možnostech léčby. Například pacienti s riskantnější povahou posedlosti s větší pravděpodobností nebudou pomoc aktivně vyhledávat, protože se za svou nemoc budou stydět (Glazier et al., 2015). Taktéž můžeme sledovat vyšší míru stigmatizace k přijímání léků na symptomy OCD, nežli absolvování psychoterapie (Coles, Heimberg, & Weiss, 2013). Zde nacházíme rozdíl mezi OCD pacienty a ortorektiky, jedinci s ON jsou na své rituály a myšlenky pyšní, nestydí se za ně, ba naopak pohrdají lidmi, kteří stejné způsoby nesdílejí (Gleaves et al., 2013).

Současné studie se soustředí na postoje veřejnosti směrem k jednotlivcům s OCD, i na to, zda záleží na konkrétních projevech poruchy. Obecně jsou pacienti s rušivými tabu myšlenkami (násilné, sexuální) ve srovnání s jinými typy posedlostí (kontaminace, čištění) vnímáni negativněji (Glazier et al., 2015; Durna, Yorulmaz, & Aktaş, 2019). Ve vědecké obci existují důkazy o stereotypních postojích veřejnosti, rovněž i vzhledem k poruchám příjmu potravy. Simpson a Mazzeo (2017) ve své studii zjistili, že podobná stanoviska, jaká jsou zaujímana k PPP, můžeme sledovat i u ON. Obecně lidé podceňují závažnost PPP a mají tendenci je bagatelizovat, dokonce jsou častá i společenská přesvědčení, že si pacienti nemoc způsobili sami, a že ji mají plně pod kontrolou. Postoje spojené s PPP, potažmo s ON, negativně zvyšují stigmatizaci pacientů a snižují eventualitu vyhledávání odborné nebo laické pomoci.

Také sebe – stigmatizace a sociální stigma má negativní dopad na každodenní aktivity, pracovní život, produktivitu i interpersonální vztahy osob trpících OCD. Navíc u těchto jedinců se ve vyšší míře objevují emoce jako je hanba, strach či vina. První reakcí je často tendence k nepřijetí diagnózy, lidé se s touto chorobou snaží vypořádat sami a mají

sklon své příznaky skrývat. Obavy z obviňování a vyloučení ze strany blízkých osob nutí udržovat tuto nemoc v tajnosti, což nepříznivě ovlivňuje prognózu onemocnění, poněvadž podpora sociálního prostředí hraje v léčebném procesu klíčovou roli (Akyurek et al., 2019).

OCD je psychiatrické onemocnění, které zásadně ovlivňuje každodenní život nejen pacienta, ale i jeho rodiny. Stigmatizace má vliv jak na vztah mezi jednotlivými členy rodiny, tak na vztah se společností. Sociální izolace nezřídka vyústí i ve finanční obtíže v důsledku opuštění školy nebo zaměstnání. Vedle přebírání všedních povinností můžeme u rodinných příslušníků sledovat i postupné sdílení rituálu. Z toho pohledu můžeme spolehlivě rozlišit rodiny s OCD pacienty od rodin s členy, kteří trpí jinými psychiatrickými chorobami (Ocisková et al., 2014).

I ortorexie může významně narušit sociální fungování. Tito lidé tráví nadměrné množství času plánováním, nakupováním a přípravou jídla, což jim znemožňuje podílet se na každodenním společenském životě, a to může vést až k sociální izolaci. Jak je z této kapitoly patrné, společným znakem ON i OCD je výrazné narušení sociálního kontaktu.

2.6 Srovnání ON a OCD

Ortorexie není součástí žádného diagnostického manuálu, tudíž se nabízí možnost zařadit jí k jedné z forem obsedantně – kompulzivní poruchy. Důvodem je shoda několika příznaků, jako například: úzkostné rysy, potřeba kontroly, opakující se vtíravé myšlenky, perfekcionismus (Koven & Abry, 2015; Scarff, 2017), sociální izolace (Cena et al., 2018) a ritualizované chování (Gleaves et al., 2013). Moroze et al. (2015) dokonce předpokládají, že posedlost je základem obou zmíněných onemocnění. Naopak podle Scarffa (2017) je spojujícím mostem mezi oběma poruchami úzkost. Ačkoliv ortorexie je v mnohém podobná chování OCD, dodnes jejich vztah zůstává nejasný. Někteří autoři ve svých výzkumech nacházejí signifikantní souvislost (Bratman & Knight, 2000; Brytek-Matera, 2012; Costa, Hardan-Khalil & Gibbs, 2019; Gleaves et al., 2013; Koven & Abry, 2015), a naopak jiní (Brytek-Materová et al., 2017) tuto relaci neobjevili. V první části se zaměříme na podobnosti těchto dvou fenoménů a následně se přesuneme na opačný pól, tedy na jejich rozdílnost.

Zdravá strava a životní styl jsou v dnešní době pokládány za žádoucí, ba dokonce ideální, avšak u některých jedinců se tato snaha může proměnit v posedlost a zaujetí, které

nám nápadně připomíná obsedantně-kompulzivní poruchu (Brytek-Matera, 2012). Propojenost těchto dvou fenoménů není tak překvapivá, protože ortorexie i OCD jsou shodně charakterizovány opakujícími se rušivými myšlenkami, které následně vedou ke kompulzivnímu jednání. Společným jmenovatelem je také pocit viny spjatý s nedodržováním dietního režimu, který si jedinci nastaví. Podobně běžným rysem OCD, který můžeme objevit i u mentální ortorexie, jsou myšlenky na katastrofické scénáře, které mohou nastat v případě neprovedení rituálu, například onemocnění smrtelnou chorobou (Poyraz et al., 2015). Kompulzivní metody přípravy jídla, vážení potravin, jejich nadměrné mytí, rozsáhlé plánování a nakupování jsou činnosti, které se stávají každodenní rutinou, a zásadně ovlivňují život. Mezi typické činnosti, které musí jedinci vykonat, aby neutralizovali rušivé myšlenky, patří:

- Nemíchat určité druhy bílkovin nebo živin, aby potraviny neuvolnily škodlivé toxiny.
- Krájet potraviny na stejnou velikost.
- Vařit pouze určité potraviny, aby neztratily základní živiny.
- Nakupovat pouze ekologické potraviny nebo suroviny, které nebyly vystaveny pesticidům.

(Koven & Abry, 2015)

Výsledky studií, které shrnuje metaanalýza autorů McComb a Mills (2019) naznačují, že jedinci, kteří jsou více náchylní k obsedantně – kompulzivním tendencím, mají vyšší pravděpodobnost rozvoje ortorexie než lidé, kteří takovéto rysy nevykazují. Vzhledem k podobným vzorcům chování může být obtížné určit, která porucha je převládající. Z obdobných šetření je známo, že lidé s poruchou příjmu potravy včetně ortorexie disponují o 11 – 69 % vyšší pravděpodobností komorbidit s OCD. Současně jedinci s OCD mají o 10 - 17 % vyšší probabilitu poruchy příjmu potravy. Komplexně tato zjištění napovídají, že 64 % pacientů se symptomatickými poruchami příjmu potravy, má alespoň jednu další úzkostnou poruchu, kterou je ze 41 % právě obsedantně – kompulzivní porucha (Neziroglu, 2017). Stejně jako u OCD, tak i u ON je prevalence z hlediska pohlaví přibližně stejná (Koven & Abry, 2015).

Kiss-Leizer a Rigo (2018) se ve svém výzkumu zaměřili na osobnostní a temperamentní rysy vycházejí z klasické Cloningerovy teorie temperamentu a Learyho

inventáře interpersonální diagnostiky (ICL). Jejich výsledky potvrdily, že ON a OCD jsou shodně charakterizovány dvěma rysy: „*lower self-directedness*“ a „*higher harm avoidance*“, volně přeloženo jako „nízká úroveň sebeovládání“ a „vysoká úroveň vyhýbání se ublížení“, kterou popisují jako nadměrnou starost, pesimismus a plachost. Plachost tvůrci přirovnávají k faktoru sociální izolace, který byl popsán již v dřívějších studiích (Koven & Abry, 2015; Mathieu, 2005). Stupeň sebeovládání je naopak označován jako vůle a schopnost regulovat své chování. U těchto jedinců je pravděpodobně nízká kvůli silné potřebě kontroly, která taktéž byla již dříve ve spojitosti s ON a OCD zmiňována (Brytek-Matera, 2012). Jak vidíme, zjištění autorů nápadně korespondují s osobnostními charakteristikami z dřívějších studií.

Na druhou stranu jedním z rozdílů mezi OCD a ON je přístup ke kompulzivnímu jednání. Zatímco ortorektik se se svými stravovacími zásadami nijak netají, naopak neustálé myšlenky spojené s jídlem mu přináší uspokojení (Bratman, 2014). Lidé s obsedantně - kompulzivní poruchou se svými vtíravými myšlenkami bojují, považují je za iracionální a snaží se jim vzdorovat, tedy hodnotí je ego-dystonně, kdežto v prvním případě hovoříme o ego-syntonním vnímání (Gleaves et al., 2013). Rozdíl mezi obsesí u OCD a ortorektiků je ve stupni náhledu. Vtíravé myšlenky u OCD jsou nekontrolovatelné, mimovolní. Ortorektik chce myslet na jídlo, protože poté mu nezbývá čas myslet na reálné problémy, jinými slovy chybí mu náhled. Jak říká Praško (2013), OCD pacienti vědí, že jejich myšlenky jsou nesmyslné, ale nemohou je vůlí potlačit, naopak ortorektik je přesvědčený, že jeho představy jsou účelné.

Dalším společným rysem Ortorexie a OCD je nadměrné zaměření pozornosti směrem dovnitř, jež je logicky spojeno s potížemi s externí pozorností. To má za důsledek horší zpracování vnějších podnětů, nižší úsilí při zvládání problému a celkové zhoršení výkonu. Nedávná neuropsychologická studie poskytuje nové důkazy o narušení funkční konektivity u OCD pacientů mezi mozkovými drahami, které ovlivňují vnitřní a vnější pozornost, což eventuálně vysvětluje problém oprostít se od vnitřních myšlenek a plně se soustředit na zvládání úkolů vyžadujících vnější pozornost. V budoucnu je potřeba analogické studie k určení, zda i u ortorektiků nedochází k takovému narušení (Koven Abry, 2015).

K jistému kompromisu dospěla Brytek-Materová (2012), která nahlíží na ortorexii jako na spojení dvou onemocnění. Z části narušení stravovacích návyků příznačné pro poruchy příjmu potravy, ale rovněž jako neoddelitelně spjaté s obsedantně – kompulzivními

příznaky, především kvůli permanentnímu přemýšlení o kvalitě potravin. Nezirogl (2017) zdůrazňuje, že je potřeba, aby lékař podrobně zkoumal motivace chování pacientů, jelikož mnohdy je těžké tyto dvě poruchy rozlišit. Lidé s OCD mohou modifikovat své stravovací návyky z odlišných důvodů než z obav o znehodnocení svého těla. Kromě toho je na místě zvážit, zda jejich chování není motivováno oběma onemocněními současně, případně které je zodpovědné za vyvolání toho druhého.

3. Návštěvníci fitness center

Fitness, fitness centra a návštěvníci fitness center jsou pojmy, s kterými se v posledních letech setkáváme čím dál častěji, avšak jejich definice nejsou tak jednoznačné. Existují názory, že fitness je spjaté pouze s těžkým tréninkem v posilovnách pomocí váhového zatížení, jehož cílem je budování svalové hmoty a zároveň snížení tukové tkáně. Na druhou stranu se potkáme i s názory, že slovem fitness se označují vytrvalostní běhy, aerobní cvičení, či prosté procházky v přírodě. Na čem se však shodují, je skutečnost, že fitness spojuje fyzické aktivity, vyváženou stravu a celkový zdravý životní styl (Paoli & Bianco, 2015).

Caha (2014), český protagonista zdravého životního stylu, vymezuje fitness jako pravidelnou fyzicky náročnou aktivitu, jenž vede k dobré fyzické zdatnosti, ale zároveň se stále pohybuje na hranici mezi profesionálním a rekreačním sportem. K tomuto můžeme doplnit názor Stackeové (2008), která popisuje novodobý trend, že za fitness jsou považovány především tréninky ve fitness centrech za použití činek, kotoučů, trenažerů, nebo jiného vybavení posiloven. Pod pojmem fitness se také ukrývá dodržování stravovacích plánů, rozvoj fyzické zdatnosti, estetické zlepšení postavy a zkvalitnění zdraví.

Centrum pro kontrolu nemocí a jejich prevenci doporučuje alespoň 150 minut týdně mírné fyzické aktivity (rychlá chůze) nebo 75 minut za týden náročnější cvičení (běh, kolo). Dále doporučují aplikovat alespoň dvakrát týdně silový trénink, který zajišťuje zachování svalové hmoty. Z hlediska krátkodobého horizontu pravidelné cvičení napomáhá ovládat chuť k jídlu, zkvalitnit spánek a také zlepšit náladu. Z dlouhodobé perspektivy snižuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, demenci, mozkovou mrtvici, plicní onemocnění a různé typy rakoviny (Rao, 2018). Kromě fyziologicky pozitivních vlivů na organismus Kovaříková (2017) popisuje také kladné působení na psychiku sportovců, například odbourávání psychické tenze, stresu, uvolňování endorfinu, který navozuje dobré naladění, zvýšení sebedůvěry a sebekontroly. Další výhodou je lepší odolnost vůči nemocem a rychlejší regenerace.

Cvičení ve fitness centrech je v dnešní době moderní aktivita, ať už na profesionální či rekreační úrovni. Mnoho sportovců si neuvědomuje zdravotní rizika, která může fitness způsobovat. Vedle duševních útrap popsaných v dřívějších kapitolách, může způsobit vážná tělesná zranění, která mohou mít až celoživotní následky. Při váhovém zatížení je nezbytné

dbát na správnou techniku provádění cviku, aby nedocházelo k negativním změnám v důsledku přetížení kloubního a vazového aparátu, zvýšení krevního tlaku nebo vystupňování nitrohruďního tlaku při nesprávném zadržování dechu, který může způsobit až poškození srdečních svalů (Stackeová, 2008).

V dnešní estetické společnosti je každodenně prezentováno, jak je podstatné být v dobré kondici, zdravý a krásný. Jednou z možností, jak toho dosáhnout, je pohybová aktivita, jakou se může stát pravidelná návštěva fitness center. Lidé jsou stále více ochotní platit velké částky za péči o vlastní tělo, posilovny, osobní trenéry, potraviny, doplňky stravy a v krajních případech i plastické operace (Fialová, 2006). Obecně můžeme motivaci pro cvičení ve fitness centrech rozčlenit do čtyř kategorií:

- **Estetické** (transformace tělesné hmotnosti, tvarů a poměrů svého těla).
- **Zdravotní** (zkvalitnění fyzické kondice, prevence zranění a nemoci).
- **Společenské** (navázání nových sociálních kontaktů, případné srovnávání výsledků).
- **Zážitek** (sport jako forma odpočinku, odreagování se od stresových situací, flow, pozitivní stavy spojené s vyplavováním hormonu).

(Stackeová, 2008, s. 105)

Cvičení je pro zlepšení zdraví užitečný nástroj, avšak i zde platí a známe lidové přísloví „všeho s mírou“. V následujících kapitolách se blíže zaměříme na strasti, které jsou se světem sportu stále více spjaty, a zároveň se je pokusíme dát do vzájemných souvislostí s tématy této práce.

3.1 Svalová dysmorfie

Termín svalové dysmorfie poprvé definovali autoři Pope a Cole v roce 1993 jako obsedantně-kompulzivní poruchu, pro kterou je charakteristická posedlost vlastním fyzickým vzhledem, nadměrnou nutností cvičit a strachem z nedostatečně svalnaté postavy. Stejně jako v případě ortorexie se jedná o relativně nový pojem, pro který se používá spousta termínů. V minulosti byl znám pod názvem reverzní anorexie a Adonisův komplex, v dnešní době se více setkáme s názvy bigorexie, nebo svalová dysmorfie (Bo et al., 2014).

V diagnostickém manuálu DSM-5 je bigorexie zařazena do skupiny „Tělesné dysmorfické poruchy“ s hlavním nadpisem „Obsedantně – kompulzivní poruchy a související poruchy“ (Duran, Çiçekoğlu, & Kaya, 2020). Bigorexie sdílí s OCD některé

typické rysy jako přítomnost nutkavých myšlenek, kompenzační jednání a chronické chování. Lidé s touto chorobou trápí obsese a kompulze, které mu způsobují úzkost, tu se pokouší zmírnit pomocí cvičení a přísných stravovacích pravidel (Olivardia, 2001). Na druhou stranu se řada autorů domnívá, že bigorexie se více podobná poruchám příjmu potravy. Zejména kvůli fixaci na zdravé stravě, dlouhodobým strachem o svůj vnější vzhled, anhedonickými rysy a nadměrnou fyzickou aktivitou (Murray et al., 2012). Jak vidíme, podobná situace jako u ortorexie panuje i u bigorexie, která také balancuje na rozhraní dvou klinických poruch – OCD a PPP.

Nejvíce lidí trpících svalovou dysmorfii zřejmě najdeme ve fitness centrech či mezi profesionálními sportovci. Tito lidé jsou příznační velkou disciplínou, oddaností svému sportovnímu snu, ale také touhou vybudovat svalovou hmotu a s tím spojenou snahu získat lepší vzhled. Segura et al. (2015) odhadují výskyt bigorexie v kulturistické populaci na 10 %. Obdobné výsledky byly zaznamenány i v britských fitness centrech, kde 10 % členů trpělo, nebo stále trpí svalovou dysmorfii (Ahmad, Rotherham & Talwar, 2015).

Lidé z fitness populace, kteří vykazují bigorektické tendence, mají problém se sebevědomím a stále si připadají „malí“. To je důvod, proč neustále zvyšují váhy a zkouší nová cvičení, které jim mají pomoci navýšit objem svalové hmoty. Denně tráví hodiny nad rozjímáním o vlastním vzhledu a ustavičně mají tendenci se prohlížet v zrcadle, nebo se srovnávat s ostatními lidmi ve fitness centrech. S nespokojeností a strachem ze selhání stoupá i frustrace, která může tyto jedince dohnat až k zneužívání anabolických steroidů. Se svalovou dysmorfii mohou být spojeny i jiné zdravotní problémy, například poškození svalového a kloubního aparátu, kardiovaskulární problémy, nízké procento tuku, které může negativně ovlivnit hladinu hormonů v těle, velké množství stravy a potravinových doplňků, které pak zatěžují játra a žaludek. Z hlediska psychiky mohou anabolické steroidy také přispět k rozvoji duševních nemocí, jako afektivní poruchy osobnosti nebo psychotické epizodě. Vedle zmíněných symptomů má také za následek emoční hlad, ztrátu vlastní identity, omezení sociálních kontaktů a zároveň těžké navazování vztahů mimo posilovnu (Pope, 2000).

Z následující kapitoly je zřejmé, že bigorexie jakožto honba za většími svaly a nízkým procentem tuku, má mnoho společných rysů s ortorexií, obsedantně-kompulzivní poruchou i poruchou příjmu potravy. Jako nejrizikovější skupina jsou označováni lidé pohybující se ve fitness světě. Všechny tyto obtíže mohou přinášet řadu zdravotních

i duševních komplikací, proto je potřeba dalších výzkumů a šíření informací o těchto fenoménech a jejich následcích mezi laickou veřejností.

Jedním z primárních znaků bigorexie je kompulzivní cvičení. V průběhu tělesné aktivity dochází k vyplavování endorfinů do krevního oběhu, jedná se o látku podobnou narkotiku, která působí antidepresivně a snižuje hladinu stresu. Příjemný pocit, za který jsou tyto přírodní opiáty zodpovědné, je jeden z důvodů, proč se cvičení v posilovnách stává návykem (Dishman & O'Connor, 2009). Dodnes chybí shoda ohledně konceptualizace nutkavého cvičení, protože autoři uvádějí rozdílné teorie. Například Szotkowska (2016) hovoří o kompulzivním cvičení jako o rigidní a řízené fyzické aktivitě, kterou jedinec vykonává i přes možné nežádoucí fyzické i duševní následky.

Na základně kognitivně-behaviorálního konceptu navrhuji Meyer et al. (2011) multifaktoriální klíčové komponenty nutkavého cvičení:

- psychopatologie stravování
- obsedantní cvičení
- regulace nálady
- perfekcionismus

Tento čtyř-faktorový model vedl k vývoji nového nástroje „*Compulsive Exercise Test*“ (CET), který zkoumá kompulzivní cvičení z emociální, kognitivní i behaviorální perspektivy (Vrabel & Bratland-Sanda, 2019).

Young et al. (2017) doporučují při diagnostice rozlišovat dva typy nutkavého cvičení. Na jedné straně kvalitativní forma, pod kterou patří striktnost v dodržování určeného plánu a její rigidní dodržování, stupeň nutkavého jednání a chování podřízené pravidlům. Na druhé straně jsou kvantitativní aspekty jako je intenzita, délka a objem tréninků.

Fyzická aktivita a zdravý životní styl jdou ruku v ruce. Současné studie ukazují, že kompulzivní cvičení je důležitý faktor při rozvoji a udržování PPP, stejně jako je spojována se zvýšeným rizikem relapsů (Fewell et al., 2018). Vysoká úroveň perfekcionismu a obsedantně – kompulzivní projevy jsou typické rysy pro nutkavé cvičení i ortorexii, proto je při identifikaci jedné z těchto potíží nutné hledat charakteristiky i druhé, zejména z hlediska přizpůsobení následné léčby (Goodwin et al., 2011).

3.2 Ortorexie, fitness a obsedantně kompulzivní projevy

Za poslední dvě desetiletí byla realizována spousta vědeckých studií, které se věnovaly poruchám příjmu potravy (PPP) mezi sportující populací. Například Martinsen a Sundgot-Borgen (2013) ve svém výzkumu na základně klinických rozhovorů zjistili, že riziko rozvoje PPP u sportovců je o 5 % vyšší než u nesportující populace. Současný konsenzus předpokládá, že PPP se obecně více vyskytují u sportovců ve srovnání s běžnou veřejností (Clifford & Blyth, 2019).

Poruchy příjmu potravy s sebou přináší mnoho zdravotních komplikací, ať už fyzických nebo duševních, mj. mají také vliv na celkový sportovní výkon. Sportovci s touto diagnózou podávají nekonzistentní výkony, jsou citlivější vůči poranění a s tím spojenou obavou z kratší kariéry. Kromě toho je prokázána vyšší úmrtnost na následky PPP (Fichter & Quadflieg, 2016) a také vyšší míra sebevražd ve srovnání s běžnou populací (Nielsen et al., 1998).

Spolehlivé rozpoznání poruch příjmu potravy je u sportovců komplikované, neboť dosavadní vědecké zdroje nám ukazují, že narušené stravovací návyky jsou mezi sportovci běžné. Zvláště ortorexii je v této komunitě obtížné detekovat, protože nadměrná starost o stravování a udržování své hmotnosti pod kontrolou je v jejich případě považována za nezbytnost (Clifford & Blyth, 2019). Segura-Garcie et al. (2012) vyzdvihují, jak je pro trenéry a rodiče náročné rozeznat příznaky ON, které jsou mnohdy skryty za obecnou snahou sportovců stravovat se lépe a za účelem podání lepších výkonů.

Míra poruch příjmu potravy se dokonce liší i v jednotlivých sportovních odvětvích. Prevalence PPP jsou obecně vyšší u silových sportů (veslování), estetické sporty (gymnastika, krasobruslení, plavání), a také aktivity (cyklistika, běh), u kterých je nízká tělesná hmotnost výhodou (Joy, Kussman & Nattiv, 2016).

Ortorexie se vyznačuje nadměrným zájmem o zdravý životní styl, ten jde ruku v ruce i s dalšími oblastmi, a jednou z nich je cvičení. Tento předpoklad je podpořen výsledky z kvalitativní studie Malmberg et al. (2017), ve které osobní trenéři na základě zkušeností se svými klienty uvedli, že jedinci s ON mají nadměrnou potřebu mít kontrolu nad stravovacími i cvičebními plány, jinak řečeno, že přílišné cvičení je jedním z charakteristických rysů ON. K podobným závěrům dochází i výzkum Oberle et al. (2018), čím větší je fixace na jídlo, tím více času věnují pohybovým aktivitám, včetně silového tréninku. Navíc dodávají, že

silná touha po naplnění přísného cvičebního harmonogramu neustupuje ani v případě zranění, či nemoci. Naopak mnohdy, když mají pacienti pocit, že ztrácejí kontrolu, mohou se během léčby pokusit o kompenzace ještě vyšší pohybovou aktivitou.

Rozdíl v ortorektických tendencích byl zaznamenán také v závislosti na objemu cvičení, tedy množství času stráveného fyzickou aktivitou. Studentům, kteří cvičili méně než 10 hodin týdně, bylo naměřeno nižší skóre v dotazníku ORTO - 15 než u jedinců, kteří cvičili více než 10 hodin (Clifford & Blyth, 2019). Tento výsledek je také podpořen studií Oberle et al. (2018), ale naopak ve výzkumu Segura – García et al. (2012) nebyla nalezena souvislost mezi mírou aktivity a vyšším sklonem k ON symptomatologii. Větší tlak na výkon je brán jako nebezpečný faktor pro vznik PPP, možná že sportovci, kteří stráví více než 10 hodin týdně cvičením jsou ambicióznější, a proto se více cítí pod tlakem a mají větší sklon k ortorektické symptomatologii.

Zdravé stravovací návyky jsou přirozeně propojené se sportovci kvůli jejich zájmu o zdraví a kondici. Pravidelná fyzická aktivita má nesporně pozitivní účinky na osobní pohodu. Problém nastává, pokud se toto chování vystupňuje do extrémní podoby a způsobuje řadu fyzických, psychických a sociálních potíží. Řada novodobých studií tohoto jednání se stále častěji nachází speciálně u návštěvníků fitness center (Bóna et al., 2018). Hmotnost a tvar těla jsou u fitness komunity populárním tématem. Kromě zdravotní výhody udržování estetického těla existují další normativní povinnosti spjaté s fitness světem, jakými jsou prezentace hubené, svalnaté a symetrické postavy. Povinnost pečovat o vlastní tělo tlačí individua k dodržování extrémních stravovacích pravidel, aby dostáli mediálně podporovanému obrazu fitness světa (Haman et al., 2015). Tyto předpoklady podporují výsledky studie napříč německými fitness centry, zkoumající vztah mezi závislostí na cvičení a ortorexií. Ze vzorku 1 008 aktivních členů tří fitness center vykazuje 10,2 % závislost na cvičení, 3,4 % jednotlivců mělo znaky ON a 2,3 % naplňovalo rysy obou (Rudolph, 2017). Také maďarský výzkum realizovaný na fitness návštěvnících ukázal souvislost mezi vyšší frekvencí cvičení a ON tendencemi, tento fenomén bývá také označován jako anorexia athletica (Bóna et al., 2018). Mezi portugalskými fitness nadšenci byl výskyt ON zdokumentován dokonce u 51,8 % respondentů, stejně jako v předchozí studii byl i zde spojen s mladším věkem, ale naopak nekoreloval s genderovou perspektivou (Almeida, Borba & Santos, 2018).

Sport je oblast, která je charakteristická disciplínou a často vyžaduje sebekázeň, která modifikuje životní styl. Jak zdůrazňuje Valera et al. (2014), některé znaky ON ještě nutně nemusí znamenat destruktivní jednání, protože normy a sdílené hodnoty se ve sportovním prostředí od běžných odlišují. Proto je vždy nutné posuzovat kontext při určování toho, co je považováno za zdravé, a naopak toho, co je vnímáno jako již škodlivé chování.

Švédský výzkumný tým Eriksson et al. (2008) do svého výzkumu zahrnuli 251 (166 mužů a 85 žen) návštěvníků fitness center, kteří jsou potenciálně považováni za skupinu inklinující k rozvoji ortorexie. Autoři hledali souvislost mezi výsledky Bratmanova testu, nástroji SPAS (dotazník sociálně tělesné úzkosti) a SATAQ (dotazník sociokulturních pozic vůči vnějšímu vzhledu) a také frekvenci a délku tréninků.

Výsledky naznačují, že jedinci, kteří věnovali cvičení více času, vykazují také vyšší skóre v Bratmanově dotazníku, mají silnější potřebu kontroly tělesné hmotnosti a obecně hrozící větší nebezpečí vzniku PPP. Dále bylo zjištěno, že osoby, které dosahovaly vyššího skóre v dotazníku SATAQ, měly také vyšší hodnoty v SPAS v ortorektickém dotazníku. Tato studie ukazuje dopady sociální úzkosti plynoucí z nespokojenosti s vlastním vzhledem u návštěvníků fitness center. Tvůrci v závěru doporučují, aby fitness centra zdůrazňovala zdravé návyky a postoje k tělesným ideálům, čímž by se snížilo riziko vzniku negativních myšlenek, sociální úzkosti nebo PPP (Eriksson et al., 2008).

Portugalský výzkumný tým v čele s Almeida (2008) si za účastníky své studie také zvolil návštěvníky fitness center. Prevalence ortorexie u této skupiny byla zdokumentována na 51,8 %, což je výrazně vyšší v porovnání se 7 % prevalencí v obecné populaci, kterou identifikovali Donini et al. (2007). Průměrný věk osob s ON tendencemi ($30,96 \pm 1,04$) byl výrazně nižší, než bez ON náchylnosti ($34,80 \pm 1,30$), což by bylo možné vysvětlit stoupajícím vlivem sociálních platforem v mladším věku. Ve shodě s Erikssonem (2008) také udávají vyšší skóre v souvislosti s častější frekvencí tréninků.

Zmíněná studie se pokouší ukázat ON v nové perspektivě, současná literatura převážně považuje ON za závislost na zdravém životním stylu (Bratman & Knight, 2000; Koven & Abry, 2015), při kterém na rozdíl od anorexie či bulimie tak nezáleží na kalorické hodnotě jídla. Nicméně současné studie ukazují souvislost mezi intenzivním cvičením (Rudolph, 2017; Eriksson et al., 2008), fyzickým vzhledem (Barnes, 2017), ideálem krásy (Segura-García et al., 2012) a rozvojem ON. I výzkum Almeida (2008) potvrzuje hypotézu,

že lidé inklinující k ON nemusí být výhradně hnáni touhou po zdraví, ale také estetickými aspekty těla.

Trojice autorů Kiss-Leizer, Toth-Király a Rigo (2019) na základě své studie navrhuje zahrnout mezi obsedantní rysy charakteristické pro ON také fyzickou aktivitu. Jejich výsledky ukazují, že obsedantní projevy sportovní činnosti, jako například vina při absenci tréninku, počítání kalorické hodnoty stravy během tréninku hrají při rozvoji ON podstatnou roli. Je pravděpodobné, že jedinci s ON se pokoušejí vyvážit svou nedostatečnou sebekontrolu a sebeovládání skrze vnější chování ve formě nadměrné sportovní aktivity.

Dosavadní literatura prezentuje pozitivní vztah mezi ON a rysy obsedantně - kompulzivní poruchy (Bratman & Knight, 2000; Brytek-Matera, 2012; Costa & Hardan-Khalil, 2019; Gleaves et al., 2013; Koven & Abry, 2015), taktéž se předpokládá, že symptomatologie ON je spojena se závislostí na cvičení (Malmborg et al., 2018; Rudolph, 2017). K propojení těchto konstruktů se přiklání Oberle et al. (2017), kteří na základě svých vědeckých pozorování navrhuje zakomponovat nadměrnou sportovní aktivitu mezi rysy ortorexie. ON, OCD i závislost na cvičení propojuje zejména vysoká míra perfekcionismu, kterou také autor považuje za nejrizikovější faktor. Kombinace perfekcionismu a obsedantně – kompulzivních rysů jsou základem pro zranitelnost vůči PPP, včetně ON (Serura-Garcia et al., 2012).

Výzkum Segura – Garcia et al. (2012) je jediným dohledatelným výzkumem, který se zabýval souvislostí ON a OCD u skupiny italských sportovců. Prevalence ortorexie byla prakticky stejná, u žen 28 % a mužů 30 %. Dále bylo zjištěno, že ON jedinci vykazují obsedantně – kompulzivní příznaky vztahující se k volbě a přípravě stravy. Vysoké procento sportovců deklarovalo, že trpí nadměrnými starostmi (80,2 %) a rituálním chováním (67,2 %). Z kvalitativního pohledu je patrný silný pozitivní vztah mezi ON a OCD symptomy, včetně cvičebního rituálu. To ukazuje, že nejen posedlost stravováním, ale i nutnost cvičení může být vnímána jako součást obsedantně-kompulzivního spektra.

Empirická část

4. Výzkumný problém

Na předcházejících stránkách jsme položili teoretickou základnu, ze které bude vycházet empirická část této práce. Ortorexie nervosa se v posledních letech těší velké pozornosti u vědecké, ale i laické veřejnosti. Studií a výzkumů, zabývajících se ON ve vztahu s obsedantně – kompulzivní poruchou, bylo realizováno málo, a ještě méně z nich si vybralo za cílovou populaci návštěvníky fitness center. I když dle výše uvedených studií tito jedinci spadají do skupiny inklinující k rozvoji těchto symptomů, zvláště kvůli nadměrnému zaujetí vlastním tělem a nálepkou ideálu „zdravého životního stylu“ pro zbytek populace. Nebezpečí tkví právě v tenké hranici mezi tímto „zdravým“ a patologickým zájmem o správný způsob života.

Souvislostí ON a OCD se zabýváme vzhledem k nejednotnosti v názoru existence komorbidit. Na rozdíl od relace ON a PPP, kde výzkumy docházejí konzistentněji k pozitivním výsledkům. Ke zmapování jejich vztahu jsme využili testovou baterii, která se skládá z dotazníku ORTO - 15 a OCI. Ani jeden nástroj není standardizován pro českou populaci. Zatímco OCI oplývá dobrými psychometrickými kvalitami, ORTO - 15 je znám jako problematický nástroj, i přesto je stále nejpoužívanější výzkumnou technikou k zaznamenání ortorektických tendencí. Poněvadž jeden z cílů bylo porovnat naše zjištění s výsledky jiných studií, zvolili jsme i přes jeho nedostatky tento nástroj. Testový soubor jsme doplnili o několik úvodních otázek, které mohou dokreslit souvislosti mezi stěžejními tématy této práce.

V České republice nebyla do této doby publikována žádná studie na dané téma, dokonce ani v zahraničí jsme propojení ON a OCD u fitness populace nenašli. Věříme, že práce může mít potenciálně velký přínos nejen mezi odborníky, ale i pro širší populaci, zvláště pro sportovce, pro které může mít preventivní a edukativní charakter.

4.1 Výzkumné cíle

Základním cílem empirické části bylo zmapovat, jestli existuje souvislost mezi ortorexií a obsedantně – kompulzivními projevy u jedinců, kteří pravidelně navštěvují fitness

centra, dále porovnat, zda tyto nálezy odpovídají zahraničním studiím. V České republice žádné takové výzkumy realizovány doposud nebyly. Sekundárním cílem bylo prozkoumat, jestli u zvoleného souboru neexistuje rozdíl v dotaznících ORTO - 15 a OCI v závislosti na frekvenci tréninků. Dílčím cílem, bylo zjistit prevalenci ortorexie u našeho výzkumného souboru a následně ověřit, zda existuje rozdíl z hlediska pohlaví.

Cílem doplňkové kvalitativní analýzy bylo zmapovat konkrétních projevy ortorexie a obsedantně – kompulzivní poruchy u vybraných respondentů, kteří naplňují jejich kritéria, z důvodu hlubšího porozumění zkoumané problematiky a možné provázanosti obou poruch.

4.2 Hypotézy a výzkumné otázky

Na základě výše představeného výzkumného cíle jsme formulovali následující výzkumné otázky a hypotézy:

Výzkumná otázka 1 (VO1): Jaký je vztah mezi ortorexií nervosa a projevy obsedantně - kompulzivní poruchy?

- **Hypotéza 1 (H1):** Existuje statisticky významná korelace mezi výsledky v dotazníku ORTO - 15 a skóre na škále Kontrolování (OCI).
- **Hypotéza 2 (H2):** Existuje statisticky významná korelace mezi výsledky v dotazníku ORTO-15 a skóre na škále Obsese (OCI).

Výzkumná otázka 2 (VO2): Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku ORTO - 15 a frekvencí tréninků?

- **Hypotéza 3 (H3):** Existuje statisticky významná korelace mezi vyšší frekvencí tréninků a výsledky v dotazníku ORTO - 15.

Výzkumná otázka 3 (VO3): Jaký je vztah mezi výsledky v dotazníku OCI a frekvencí tréninků?

- **Hypotéza 4 (H4):** Existuje statisticky významná korelace mezi vyšší frekvencí tréninků a výsledky v dotazníku OCI.

5. Design výzkumného projektu

V rámci této kapitoly bude vymezen design našeho výzkumného projektu. Podrobněji bude představen typ výzkumu, zvolené metody i průběh sběru dat, včetně předvýzkumu. Závěr kapitoly potom bude patřit etice výzkumného projektu.

5.1 Typ výzkumu

Výzkumné šetření bylo rozděleno do dvou částí, v první jsme využili kvantitativního designu studie. „*Záměr kvantitativně orientovaných výzkumů je především konfirmatorní. Kvantitativní výzkumy mají reduktivní charakter.*“ (Ferjenčík, 2010, s. 245). Data získaná v rámci kvantitativních výzkumů mohou být přesnější, nicméně mnohdy postrádají souvislosti a kontext. Z důvodu hlubšího proniknutí do dané problematiky jsme se rozhodli doplnit tuto práci o kvalitativní design. „*Kvalitativní výzkum vychází z interpretativního paradigmatu, ve kterém se klade důraz na porozumění významům lidského jednání a zkušeností, a na získání podrobných zpráv o pohledech zkoumaných jedinců.*“ (Hendl, 2006, s. 3). Tento typ výzkumu umožňuje nahlédnout do jedinečné perspektivy vybraných respondentů s cílem získat komplexnější odpovědi. Kombinací této metodologie chceme získat vysokou reliabilitu a možnost zobecnění, kterou garantuje kvantitativní projekt, a současně vysokou validitu, kterou zajišťuje kvalitativní sběr dat.

Pro kvantitativní část studie jsme využili dotazníkového šetření, konkrétně jsme zvolili dvě testové metody. Pro zaznamenání ortorektických projevů byl použit dotazník ORTO - 15, kterému v českém prostředí nebyla zatím věnována dostatečná pozornost. Tento nástroj byl u nás aplikován pouze v rámci bakalářských, diplomových či disertačních prací, ale stále čeká na českou standardizaci.

Pro zaznamenání obsedantně – kompulzivních projevů byl zvolen inventář Obsessive Compulsive Inventory. Ani tento nástroj se prozatím nedomohl standardizace v rámci naší populace. Nicméně OCI patří v zahraničí k oblíbené a hojně využívané metodě. Oba nástroje jsou volně přístupné v anglickém jazyce, a pro účely naší práce byly autorkou přeloženy. Zejména kvůli srozumitelnosti jednotlivých položek bylo žádoucí nejprve provést předvýzkum (viz níže).

Dotazníkové šetření bylo doplněno o několik demografických údajů, konkrétně pohlaví a věk. Dále jsme zjišťovali, kolikrát týdně respondent navštěvuje fitness centrum

(nenavštěvuji, 1 - 2x týdně; 3 - 4x týdně; 5 a vícekrát týdně). Nakonec jsme se zajímali o potravinové alergie, typy stravování (vyvážená strava; vegetariánská; rostlinná strava; keto strava; low carb strava; raw strava; paleo strava nebo jiné) a poruchy příjmu potravy v anamnéze.

V kvalitativní části výzkumu byl použit polostrukturovaný rozhovor vlastní konstrukce, díky kterému jsme měli možnost hlouběji nahlédnout pod pokličku stěžejních témat této práce. Respondenti v ní odpovídali na sadu sedmi základních otázek, některé z nich byly doplněny o podotázky.

5.2 Metody získávání dat

5.2.1 Předvýzkum

Ani jeden ze zvolených dotazníků nemá českou standardizaci a také v rámci naší práce není prostor pro její provedení, oba dotazníky jsou přeloženy z anglického jazyka. Z těchto důvodů jsme se rozhodli nejprve pro předvýzkum, jehož cílem bylo zjistit a případně eliminovat chyby, které by mohly zkreslit výsledky samotného výzkumu, zejména z hlediska srozumitelnosti a jednoznačnosti odpovědí. Předvýzkum probíhal v červenci 2020 ve Fitcentru v Rožnově pod Radhoštěm. Celkově bylo požádáno 10 respondentů, aby oba dotazníky vyplnili, tito účastníci nejsou součástí výzkumného vzorku. Každého respondenta jsem požádala o kritické zhodnocení a následně jsem s ním jeho poznámky osobně konzultovala. Na základě zpětné vazby jsme upravili několik překlepů a stylistických chyb. Protože v předvýzkumu bylo pět vegetariánů, přidali jsme do otázky číslo 4. demografického dotazníku odpověď: „rostlinná strava“. Také jsme na popud účastníků upravili položku číslo 7 v prvním dotazníku (ORTO - 15), původní znění: *„Znepokojují Vás myšlenky týkající se jídla více než tři hodiny denně?“*. Upravená podoba: *Znepokojují Vás myšlenky ohledně stravování více jak tři hodiny denně? (například. Nakupování zdravých potravin, tepelná úprava, konzumace, přemýšlení, čtení o jídle, nebo konverzace na toto téma).*

5.2.2 ORTO - 15

Jak již bylo zmíněno v literárně přehledové části, v současné době existuje celkově šest dotazníkových metod vhodných pro zkoumání ON. Pro účely této práce jsme zvolili

dotazník ORTO - 15, který i přes své nedostatky (viz níže) je stále nejpoužívanějším nástrojem k měření ortorektických tendencí.

Tento diagnostický nástroj byl vytvořen a validizován pro italskou populaci badateli Donini et al. (2004), a je inspirován původním Bratmanovým sebesuzovacím testem. ORTO - 15 je celkově tvořen 15 položkami, v rámci kterých probandi vybírají odpověď, která je nejvíce vystihuje, a to v rámci Likertovy čtyřstupňové škály (konkrétní možnosti: vždy, často, občas nebo nikdy). Každá položka je ohodnocena v rozmezí jednoho až čtyř bodů, přičemž čím nižší skóre, tím vyšší náchylnost k ortorektickým tendencím. Výsledná hodnota je dána součtem všech položek testu.

Tvůrci tohoto nástroje se pokoušeli vytvořit metodu, která se zaměřuje na emoční i racionální aspekty. Otázky jsou rozčleněny do tří okruhů: kognitivně-racionální (položky 1, 5, 6, 11, 12, 14), klinické (položky 3, 7, 8, 9, 15) a emoční (položky 2, 4, 10, 13). Přičemž otázky 2, 5, 8 a 9 jsou tzv. reverzní a jejich hodnocení je obrácené (Donini et al. 2005).

Ohledně hraničního bodu nepadá mezi výzkumníky jednoznačná shoda. Donini et al (2005) pokládají za prahové skóre ≤ 40 , jinak řečeno výslednou hodnotu nižší než 40 bodů lze považovat za inklinaci k ortorexii. Jiní autoři považují za citlivější hraniční bod ≤ 35 (Segura-Garcia et al., 2012; Varga et al., 2014). Pro účely této práce se budeme držet původní verze s hraničním bodem ≤ 40 i z toho důvodu, že ORTO - 15 do dnešní doby nebyl standardizován pro českou populaci (kromě částečné standardizace v rámci diplomové práce Hrbáčkové, 2014).

Za další nevýhodu této metody jsou považovány nejasnosti ohledně psychometrických vlastností. Dunn a Bratman (2015) pokládají za problematicky nejasnou validizaci a proces samotné tvorby dotazníku. Problémová validizace je podle Vargaová et al. (2014) zejména z důvodu kulturních odlišností, které se přenášejí do stravovacích postojů. Tuto domněnku potvrzují výsledky studie Arusoğlu et al. (2008), kteří v rámci standardizace pro tureckou populaci byli nuceni vyřadit hned čtyři položky z originálního dotazníku. Missbach et al. (2015) vyloučili dokonce šest otázek, aby dosáhli alespoň průměrné Cronbachovy alfy. Psychometrické vlastnosti jsou slabinou tohoto nástroje, i přes to je ORTO - 15 stále nejvíce využívanou metodou pro zhodnocení ortorektické symptomatiky.

5.2.3 Obsessive-Compulsive Inventory

Obsessive – Compulsive Inventory je sebesposuzovací metoda vytvořená autory Foaová, Kozak, Salkovskis, Colesová a Amir (1998). Tento nástroj je schopen zaznamenat rozmanité symptomy OCD, rovněž nabízí možnost srovnání závažnosti jednotlivých obsesí a kompulzí, a konečně jej lze použít u klinické i neklinické populace. Inventář je složen celkově ze 42 položek, které se člení do následujících kategorií:

- Kontrola (9 položek)
- Umývání (8 položek)
- Obsese (8 položek)
- Mentální neutralizace (6 položek)
- Uspořádání (5 položek)
- Hromadění (3 položky)
- Pochybování (3 položky)

(Foa et al., 1998).

Respondenti mají u každé položky na výběr z pětistupňové Likertovy škály (vůbec, trochu, průměrně, hodně nebo extrémně). Bodové hodnocení každé položky se pohybuje v rozmezí 0 až 4 body, přičemž pokud respondent v součtu dosáhne ≥ 42 , existuje u něj riziko přítomnosti OCD. Výhodou tohoto nástroje je možnost rozpoznat přítomnosti obsedantně – kompulzivních projevů v rámci jednotlivých subškál. Pro naplnění rizikovosti OC rysů musí jedinec získat skóre $\geq 2,5$ v průměru v každé kategorii. Přesto je nutné mít na paměti, že se jedná pouze o screeningovou metodu a pro definitivní diagnostikování OCD je nezbytné další vyšetření lékařem.

Z hlediska psychometrických vlastností OCI nabízí vysokou vnitřní konzistenci (rozmezí 0,59 až 0,96) pro celý test, ale i dílčí subškály. Na dobré úrovni byla i reliabilita testu realizována po dvou týdnech (0,77 - 0,97). Naopak nevýhodou je, že inventář neprošel stejně jako ORTO - 15 českou standardizací, potažmo nejsou k dispozici české normy. Celý test společně s návodem k vyhodnocení je volně přístupný v rámci článku Foa et al., (1998).

5.2.4 Rozhovor

Jak již bylo výše zmíněno, pro kvalitativní část výzkumného projektu jsme využili rozhovor. Tato metoda je nejvíce aplikovanou technikou při sběru dat v kvalitativním výzkumu. Rozhovor dovoluje zaznamenávat výpovědi respondentů v autentické podobě a za pomoci otevřených otázek pochopit jejich stanoviska. Na základě standardizovanosti je možné je rozdělit na strukturované, polostrukturované a nestrukturované. Strukturované interview aplikuje otázky, které jsou předem stanovené, a během rozhovoru se jejich znění nemění ani nedoplňuje. Naproti tomu nestrukturovaný, někdy také narativní rozhovor, je založen pouze na předem vymezené jediné otázce, další dotazy vznikají až během samotného procesu získávání informací. Polostrukturovaný rozhovor, který jsme se rozhodli využít pro náš výzkum, leží někde na hranici obou výše zmíněných typů (Švaříček & Šed'ová et al., 2007). Pro každého respondenta jsme měli připravenou sadu sedmi otázek, některé zahrnovali i doplňující podotázky, nicméně byli jsme připraveni flexibilně přizpůsobit dotazy v návaznosti na vedeném dialogu.

Cílem rozhovoru bylo navázat na výsledky kvantitativní části, z tohoto důvodu byly otázky koncipovány na základě údajů získaných v dotaznících ORTO - 15 a OCI v kombinaci s informacemi obsaženými v kvalitativní studii autorů Cheshire, Berry a Fixsen (2020) zkoumající projevy mentální ortorexie.

Nakonec získaly tuto podobu:

- *Plánujete si jídlo dopředu? Pokud ano, jak vnímáte situace, kdy nemáte možnost jíst podle vašich stravovacích pravidel?*
- *Myslíte si, že Vaše stravovací návyky Vám pomáhají snížit tělesnou hmotnost? Když jste se začal/a stravovat podle zdravých jídelních zásad, byl váš primární cíl zhubnout?*
- *Potýkáte se s vtíravými myšlenkami? Pokud ano, čeho se týkají? Jak s nimi pracujete?*
- *Co pociťujete, když vynecháte trénink?*
- *Máte nějaké denní rituály? Pokud ano, jaké a za jakým účelem je provádíte? Co se stane, pokud nějaký vynecháte?*
- *Přináší vám váš životní styl nějaké obtíže? Pokud ano, jaké?*

- *Znáte pojem mentální ortorexie, nebo obsedantně-kompulzivní porucha? Pokud ano, při jaké příležitosti jste o ní slyšel/a?*

5.3 Průběh sběru dat

V rámci první části kvantitativního šetření byl sběr dat uskutečněn dvěma cestami v časovém rozmezí od července 2020 do září 2020. Tou první byla distribuce dotazníkové baterie včetně úvodního textu (viz Přílohy) v papírové podobě. Osloveno bylo celkově 14 fitness center po celé České republice, kdy se spoluprací souhlasilo 7 z nich. Recepční fitness center byly seznámeny s účelem sběru dat a také s podmínkami účasti (předpoklad alespoň jednou týdně navštěvovat fitness centrum). Účastníci poté vyplněné baterie vhazovali do papírové krabice, aby byla zachována anonymita.

Druhou cestou k distribuci dat bylo online testování, konkrétně jsme využili platformu webové stránky www.survio.com. Tato forma byla zvolena zejména za účelem možnosti většího dosahu, ale také kvůli subjektivnímu pocitu větší anonymity probandů. Online podoba měla stejnou podobu jako tištěná forma. V dotaznících nebylo možné vynechat žádné položky, čímž jsme chtěli zamezit opomenutí nebo záměrnému vynechání, které by mělo za následek vyloučení účastníka ze studie. Baterie byla šířená po sociálních sítích (Facebook, Instagram), a celkem bylo osloveno 96 osob s prosbou o sdílení. Z tohoto počtu 46 odpovědělo kladně a 50 na výzvu nereagovalo.

Podmínkou zařazení respondenta do druhé kvalitativní části výzkumu bylo vyplnění dotazníkové baterie a dosažení minimálně hraničních skóre, které určují rizikovost inklinace k ortorexii a obsedantně – kompulzivní poruše. Jedincům, kteří tyto prahové body přesáhli v online verzi, se zobrazilo oznámení o nabídce dále se podílet na výzkumu ve formě rozhovorů. Hraničním bodem pro ORTO - 15 bylo skóre 40 a níž, naopak v OCI byla stanovena mez 42 a více bodů. Celkově nás kontaktovalo sedm jedinců, kteří měli zájem na výzkumu nadále participovat. U šesti z nich kvalitativní sběr dat proběhl, s jedním z respondentů se ze zdravotních a časových důvodů rozhovor neuskutečnil.

6. Metody zpracování a analýza dat

6.1 Kvantitativního výzkum

Distribuce dat probíhala v online i tištěné podobě, po ukončení sběru byla v strukturované podobě přepsaná do programu Excel. Z důvodů vynechání odpovědi nebyly do výzkumu zahrnuty dva respondenti. Následně byla data vyhodnocena podle originálních manuálů jednotlivých dotazníků.

Pro účely deskriptivní statistiky jsme aplikovali program Excel, následná testová statistika byla provedena v programu Jamovi a SPSS. Prvním krokem bylo ověření reliability ORTO-15 a OCI pomocí koeficientu Cronbachova alfa, který se využívá pro zjišťování vnitřní konzistence testových metod. Ke zkoumání existence vztahu mezi výsledky dotazníku ORTO - 15 a OCI jsme využili Pearsonův korelační koeficient (r). Další statistickou procedurou využitou v tomto výzkumu byla analýza rozptylu (ANOVA), kterou jsme zjišťovali vliv frekvence tréninků na výsledky v dotaznících ORTO - 15 a OCI.

6.2 Kvalitativní výzkum

V druhé části výzkumu, ve které byly realizovány rozhovory, jsme se rozhodli pro zachycení autenticity dialogů použít audiozáznam, který umožňuje zachytit reálné výpovědi respondentů v neupravené podobě včetně přerázků, mlčení a původních formulací. Pro zachování vědecké kvality by měla být data přesně přepsaná. Z toho důvodu jsme zvolili techniku tzv. *doslovné transkripce*. Tato metoda je poměrně časově náročná, ale zároveň spolehlivě zachovává fragmenty výpovědí respondentů, které se zprvu mohou jevit jako nevýznamné. Podstatné je během procesu přepisu rozhovoru věnovat pozornost také neverbálním znakům komunikace, například smíchu, mlčení nebo změně tónu hlasu (Švaříček & Šedřová et al., 2007).

Po kompletní transkripci jsme přistoupili k dalšímu kroku analýzy „otevřenému kódování“, díky které jsme mohli vytvořit abstraktnější kategorie. „*Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména, a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje*“ (Švaříček & Šedřová, 2007, s. 211). Jinak řečeno, získaným datům jsme přidělovali

„nálepky“, podle kterých jsme je následně třídili a porovnávali na základě souvislosti a odlišností. Otevřené kódování napomáhá k lepšímu pochopení výzkumného materiálu.

V získaných datech jsme vyznačili důležité jednotky, kterými mohou být slova, spojení nebo věty. Poté jsme těmto jednotkám přiřadili kódy, které danou část textu co nejlépe vystihovaly. V dalším kroku byly tyto kódy seskupeny do nadřazených kategorií. Pro větší přehlednost jsme během otevřeného kódování vypisovali jednotlivé kódy do celkového seznamu.

Výsledky kvalitativního výzkumu byly interpretovány skrz techniku *vyložení karet*, která jak uvádí Švaříček a Šed'ová (2007, s. 226) umožňuje „*kategorie vzniklé skrze otevřené kódování uspořádá do nějakého obrazce či linky, a na základě tohoto uspořádání sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií*“. Není podmínkou, aby všechny vytvořené kategorie byly analyzovány, je možné zvolit pouze ty, které přímo souvisejí s výzkumnými otázkami.

Zpracovaná data byla kategorizována do následujícího seznamu:

1. Kategorie: **Zdravý životní styl**

Subkategorie:

- a) Zdraví
- b) Kvalitní strava
- c) Abstinence od alkoholu
- d) Flexibilita
- e) Makroživiny
- f) Složení stravy

2. Kategorie: **Rituály**

Subkategorie:

- a) Kontrola
- b) Počítání kalorií
- c) Jídlo v krabičkách
- d) Dodržování stravovacího rozvrhu
- e) Voda na lačno
- f) Ledová sprcha
- g) Meditace

3. Kategorie: **Dopady zdravého životního stylu**

Subkategorie:

- a) Strach z přibírání
- b) Sociální izolace
- c) Konflikty
- d) Ztráta menstruace
- e) Hubnutí
- f) Striktní dodržování pravidel
- g) Vtíravé myšlenky
- h) Strach z nemoci

4. Kategorie: Negativní emoce

Subkategorie

- a) Vina
- b) Výčitky
- c) Nejistota
- d) Stres
- e) Nervozita

5. Kategorie: Cvičení

Subkategorie:

- a) Náročné tréninky
- b) Zlepšení kondice
- c) Udržování postavy
- d) Nabírání svalové hmoty
- e) Kulturistika
- f) Nemoc – nevynechání tréninku

6.3 Etika výzkumu

Informace, které nám poskytovali probandi, považujeme za zvlášť citlivé, proto byla při sběru dat věnována etickým kritériím zvýšená pozornost. Účastníci vstupovali do výzkumu dobrovolně a na základně vlastního rozhodnutí. V průvodních prohlášeních byli informováni o povaze studie a o možnosti kdykoliv odstoupit, zvlášť velký důraz byl kladem na anonymizaci dat a jejich využitelnosti pouze pro účely této diplomové práce. Důvěrnost získaných údajů byla pro nás klíčová, proto jsme na ni probandy několikrát upozornili.

Testová baterie byla účelně nazvána neutrálně „*Dotazníkové šetření – diplomová práce Ivona Fiurášková*“. Rovněž nebyly v rámci baterie uvedeny názvy dotazníků. Důvodem tohoto nepřímého označení nebyla snaha probandům zamlčet předmět výzkumů, ale spíše šlo o úsilí předejít zkreslení nebo stylizaci odpovědí pod vlivem oficiálních diagnóz.

Součástí tištěné i online dotazníkové podoby byl e-mailový kontakt na autorku práce, kterou bylo možné v případě jakýchkoliv nejasností, dotazů nebo zájmu o výsledky výzkumu kontaktovat.

Respondentům, kteří se zúčastnili kvalitativní části, byla přiřazena náhodná jména, aby nebyly známy jakékoliv informace, které by vedly k jejich identifikaci. Zároveň byli seznámeni s účelem rozhovoru, průběhem a možnostmi kdykoliv rozhovor ukončit. Taktéž jsme písemně ošetřili souhlas s pořízením audiozáznamu a následným přepisem výpovědí. Účastníci dostali možnost zvolit si prostředí pro rozhovor, které jim bude poskytovat maximální pohodlí a zároveň bezpečný prostor pro sdílení důvěrných informací.

7. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen pravidelnými návštěvníky fitness center. Tato část populace bývá označována jako riziková z hlediska propuknutí ON, z tohoto důvodu jsme se rozhodli výzkum aplikovat právě na této skupině.

7.1 Charakteristika výzkumného souboru kvantitativní části

Pro větší dosah dotazníkové baterie byly zvoleny dvě cesty sběru dat, formou tužka papír a online dotazník. Byly použity kombinace nenáhodného výběru. V části výzkumného souboru byla vybrána metoda samovýběru, a to v případě, kdy se jednalo o motivované probandy, kteří vyplnili dotazník ve fitness centrech (konkrétně z: RFitness, Fitness Abácie Valašské Meziříčí, HARDCORE Gym Kozlovice, NAPARIA SPORT Hranice na Moravě, Lift-Fit Rožnov pod Radhoštěm, Form Factory, FittSport, Simply Fitness, Vita Sana Club). Druhou formou byl účelový výběr, kdy byli respondenti osloveni přes sociální platformy (Facebook, Instagram), kdy jim do soukromých zpráv byly zaslány dotazníkové baterie, nebo byly dotazníky sdíleny přímo v cílových skupinách. Spolu s žádostí o vyplnění dotazníku byli dotyční požádáni o šíření výzkumu mezi podobně orientovanými jedinci. Poslední využitou metodou byla technika sněhové koule.

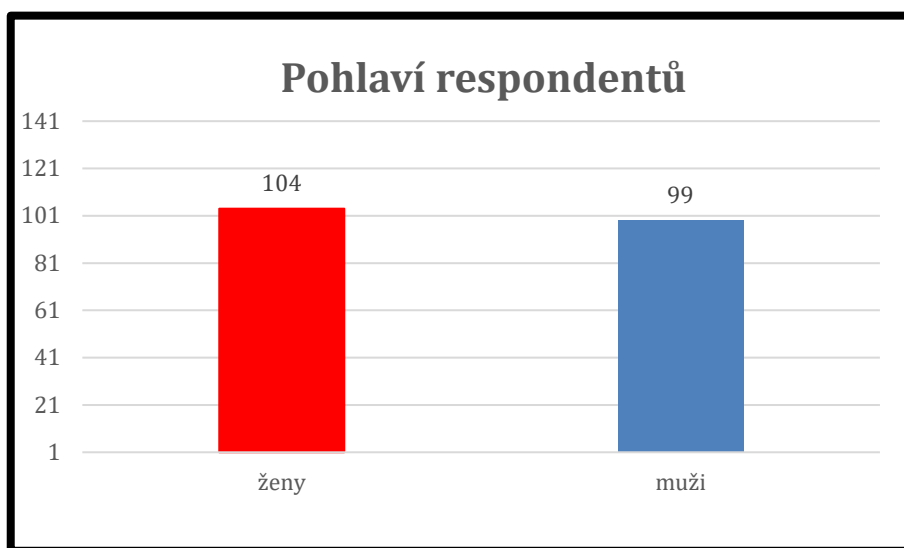
Pro zařazení do výzkumné části bylo nutné splnit základní kritérium, a to pravidelné navštěvování fitness centra. Studie byla provedena na neklinické populaci, a nebyla omezena jak věkem, tak ani pohlavím.

Tabulka 1: Sociometrické údaje výzkumném souboru

Pohlaví				Věk		
ženy	%	muži	%	Aritmetický průměr	medián	modus
99	48,8	104	51,2	26,4	25	24
Celkem respondentů 203						

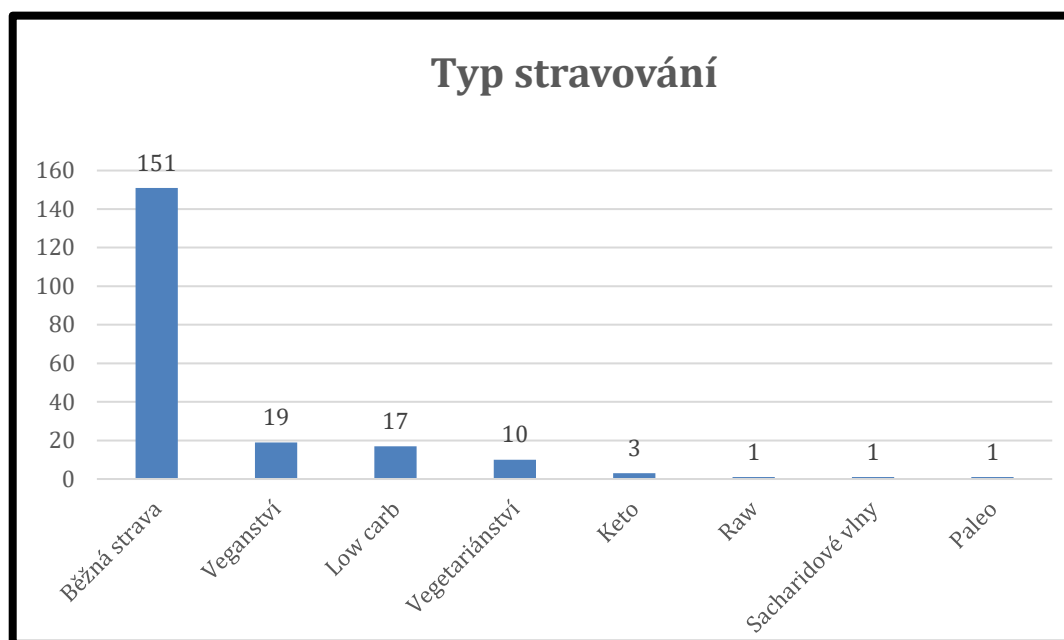
Konečný výzkumný vzorek tvořilo celkově 203 respondentů. Pokud proband vynechal nějakou otázku, nebyl do výzkumu zařazen, z tohoto důvodu byli vyřazeny dvě osoby. Výzkumný soubor sčítalo 99 žen (48,8 %) a 104 mužů (51,2 %) s průměrným věkem 26 let.

Graf 1: Zastoupení mužů a žen



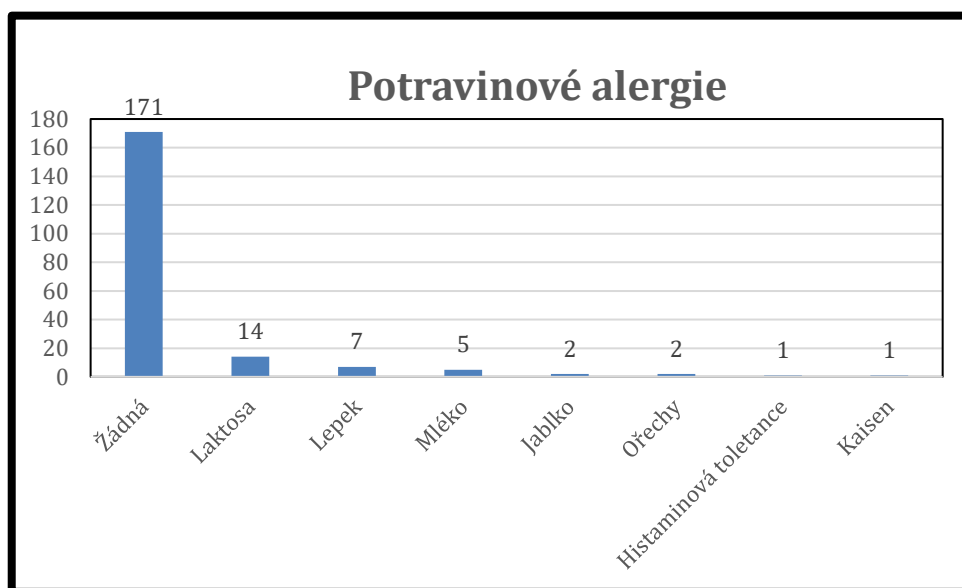
Jedna z doplňujících položek se týkala preferovaného typu stravování. Nejvíce respondentů 151 (74,4 %) uvedlo běžný typ stravování. Druhou nejfrekventovanější zastoupenou skupinou bylo veganství (jídlo založené čistě na rostlinné stravě), a k těmto jídelním návykům se hlásilo 19 (9,4 %) respondentů. Dále 17 (8,3 %) uvedlo low carb stravování (menší množství sacharidů ve stravě), 10 (4,9 %) preferuje vegetariánství, 3 (1,5 %) se stravují podle keto zvyklostí (minimalizují množství sacharidů, a naopak konzumují velké množství bílkovin a tuků), 1 (0,5 %) uvedl raw stravu (konzumace pouze syrových potravin), 1 (0,5 %) paleo stravu (eliminace mléčných výrobků a obilovin z jídelníčku) a posledním zmíněným typem stravy byly sacharidové vlny (cyklování množství sacharidů), 1 (0,5 %) respondent.

Graf 2: Zastoupení preferovaného způsobu stravování



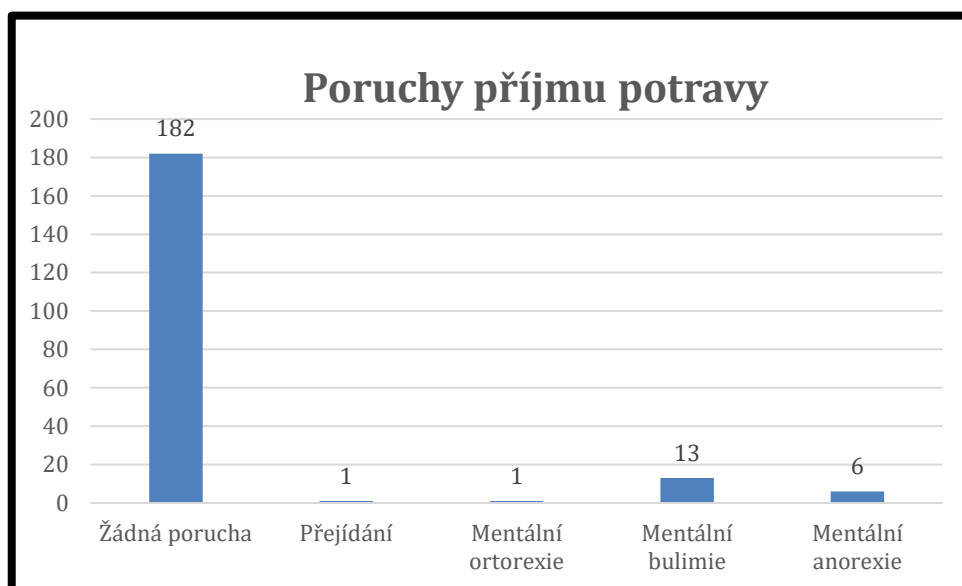
Z 203 respondentů 171, tedy 84 % nehlásilo žádnou potravinovou alergii. Naproti tomu 14 respondentů (6,9 %) uvedlo alergii na laktózu, 7 (3,4 %) na lepek, 5 (2,5 %) na mléko, 2 na ořechy (0,9 %) a 2 (0,9 %) na jablka. Alergii na kasein uvedl 1 (0,45 %) respondent a 1 (0,45 %) hlásil histaminovou intoleranci. Vzhledem k malému procentu zastoupení potravinových alergií nebyla tato položka zahrnuta do statistického zpracování dat.

Graf 3: Potravinové alergie vyskytující se ve výzkumném vzorku



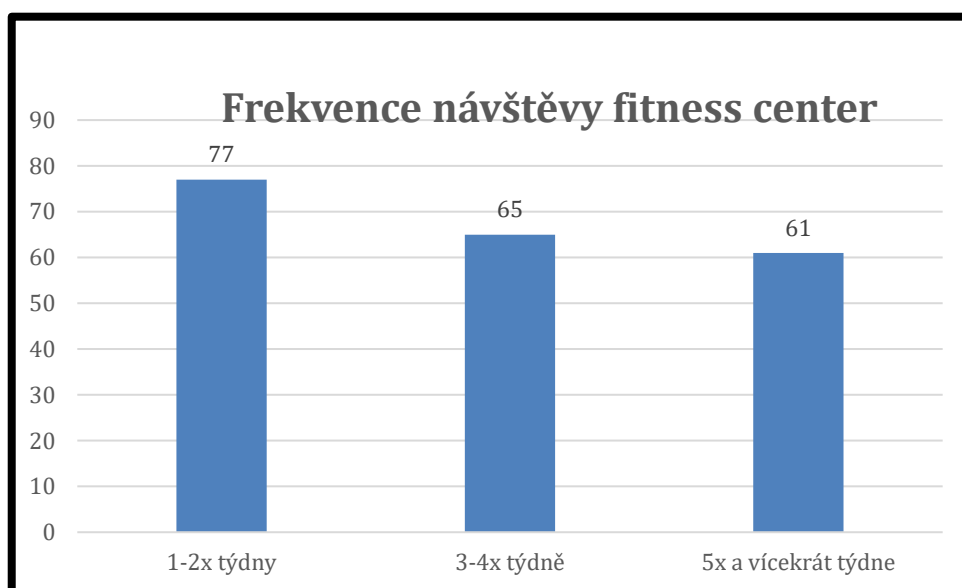
Dále jsme se respondentů tázali na diagnostikovanou poruchu příjmu potravy. Z celkového počtu 203 respondentů 182 (89,2 %) z nich uvedlo, že jim žádná PPP diagnostikována nebyla. Na druhou stranu 13 (6,4 %) účastníků hlásilo zkušenost s mentální bulimií, 6 (2,9 %) respondentů s mentální anorexií, 1 (0,5 %) respondent hlásil nekontrolovatelné přejídání a dokonce 1 (0,5 %) jedinec sám uvedl diagnózu mentální ortorexie. Stejně jako v případě potravinových alergií se nám nepodařilo shromáždit dostatečný počet respondentů s pozitivní anamnézou PPP, a z toho důvodu nebyla ani tato položka zařazena do analýzy.

Graf 4: Zastoupení poruch příjmu potravy ve výzkumném vzorku



Podmínkou participace na výzkumu byla pravidelná návštěva fitness center. Poslední otázkou před samotnými dotazníky ORTO - 15 a OCI jsme zjišťovali, kolikrát týdně respondenti tato zařízení navštěvují. Nejvíce respondenti udávali odpověď 1 - 2x týdně, celkově 80 (39 %), dále pak 3 - 4x týdně 62 (31 %), a konečně více než 5 týdně navštěvuje fitness centra 61 (30 %) respondentů.

Graf 5: Frekvence návštěv fitness center ve výzkumném vzorku



7.2. Charakteristika výzkumného souboru kvalitativní část

Výzkumný soubor pro kvalitativní část sčítal 6 respondentů, 5 žen a 1 muže. Tito jedinci byli vybráni na základě dosažení skóre ≤ 40 v ORTO - 15 a zároveň ≥ 42 OCI, čímž se řadí k populaci inklinující k mentální ortorexii a obsedantně-kompulzivní poruše. Bližší informace o charakteristikách druhého výzkumného vzorku nám prezentuje následující tabulka.

Tabulka 1: Zastoupení výzkumného vzorku kvalitativního výzkumu

Respondent	Věk	PPP	Frekvence cvičení	Stravování	Alergie
Adéla	30	Ne	3x týdně	Běžné	Ne
Anna	24	Bulimie	3x týdně	Běžné	Ne
Marie	27	Bulimie + anorexie	5x týdně	Veganské	Ne
Daniela	20	Ne	3x týdně	Běžné	Mléko
Petr	24	Ne	5x týdně	Běžné	Ne
Nikol	28	Ne	2x týdně	Vegetariánské	Ne

8. Výsledky

V této kapitole budou představeny výsledky obou částí výzkumného projektu, včetně testování hypotéz a zhodnocení výzkumných otázek.

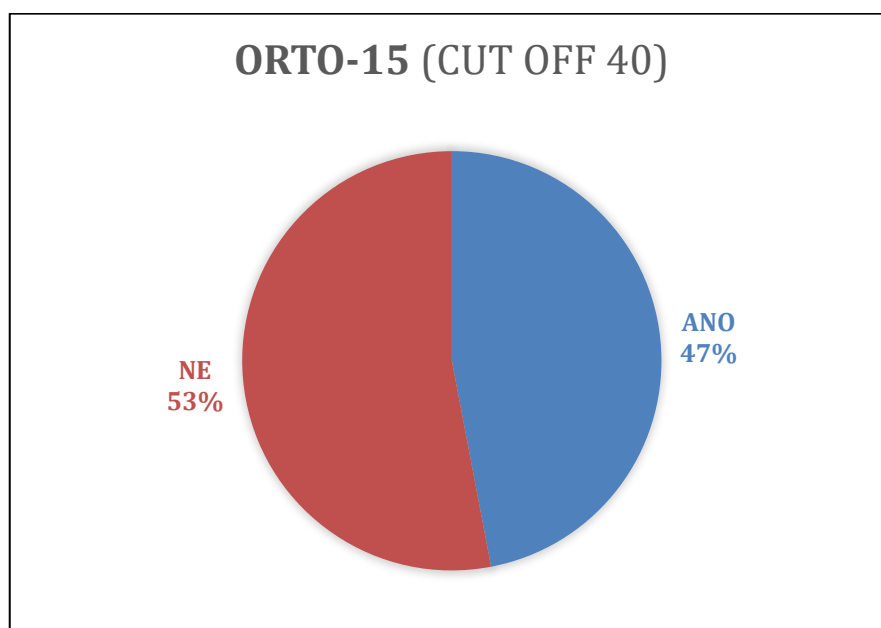
8.1 Výsledky jednotlivých dotazníků a frekvence tréninků

ORTO - 15

Prvním krokem v rámci této výzkumné metody bylo ověřování psychometrických charakteristik dotazníku, konkrétně vnitřní konzistence testu. O psychometrických charakteristikách ORTO - 15 jsou ve vědeckých kruzích vysloveny pochybnosti. Účelem této práce není je podrobněji zkoumat, avšak pro zajímavost jsme provedli výpočet Cronbachovo alfa. Koeficient nabývá hodnoty 0,55, což je nízký koeficient vnitřní konzistence.

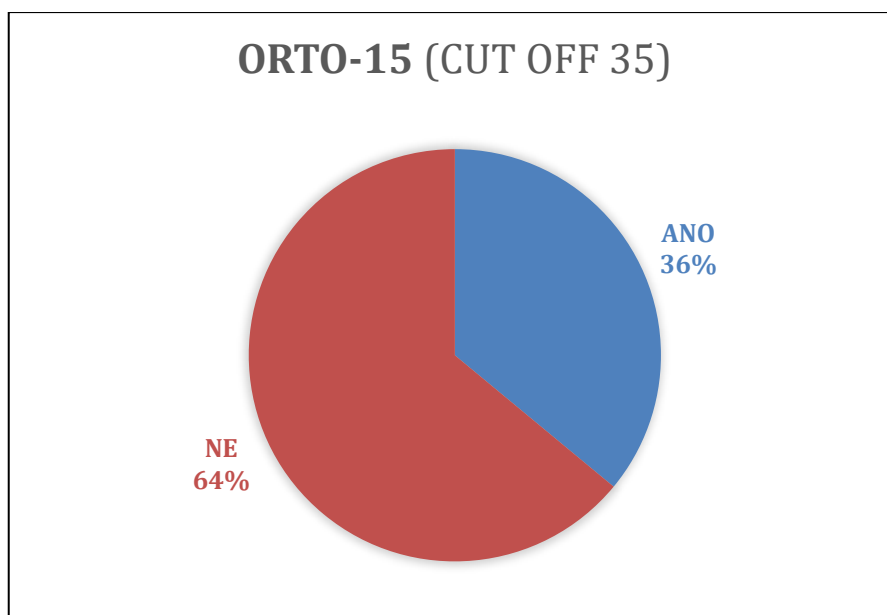
Donini et al. (2004) v originální verzi ORTO - 15 uvádějí hranici skóre ≤ 40 bodů. Toto prahové skóre bývá často zdrojem diskuze, neboť jiní autoři považují za citlivější hranici ≤ 35 (Segura-Garcia et al., 2012; Varga et al., 2014). V České republice není tato metoda standardizována, proto jsme se při statistické analýze drželi původní verze s hranicí ≤ 40 . Nicméně pro ukázkou prezentujeme dva koláčové grafy s odlišnými prahovými hodnotami, první graf s cut off ≤ 40 a druhý graf s cut off ≤ 35 .

Graf 6: ORTO - 15 (hraniční hodnota 40 bodů)



Legenda: ANO – procentuální zastoupení respondentů, kteří dosáhli skóre ≤ 40 v dotazníku ORTO - 15. NE – procentuální zastoupení respondentů, kteří dosáhli skóre vyšší než 40 v dotazníku ORTO - 15.

Graf 7: ORTO - 15 (hraniční hodnota 35 bodů)



Legenda: ANO – procentuální zastoupení respondentů, kteří dosáhli skóre ≤ 35 v dotazníku ORTO - 15. NE – procentuální zastoupení respondentů, kteří dosáhli skóre vyšší než 35 v dotazníku ORTO - 15.

Při hraničním skóre 40 bodů jsme zaznamenali sklony k mentální ortorexii u 95 (47 % respondentů, naopak při přísnějším prahovém skóre, inklinovalo k ortorexii pouze 73 (36 %) účastníků, z celkového vzorku 203 respondentů. Náš výzkum neodhalil žádný statisticky významný rozdíl mezi projevy ortorexie a pohlavím ($F_1 = 2,029$; $p = 0,156$).

Respondenti v našem výzkumném vzorku průměrně dosahovali v ORTO - 15 výsledného skóre 34,6 se směrodatnou odchylkou 4,9. Položky dotazníku je možné rozdělit do dílčích škál: emoční, kognitivně – racionální a klinické. V emoční dimenzi jsme naměřili průměrné hodnoty 2,3 (maximální počet 16 bodů), ve škále kognitivně-racionální respondenti získali v průměru 2,9 bodů (maximální počet 24 bodů) a nakonec v klinické oblasti byl průměrný skór 2,2 bodů (maximální počet 20 bodů). Průměrné skóre v dílčích škálách jsou srovnatelná a nelze říct, že by respondenti v některé oblasti dosahovali zásadně vyšších či naopak nižších výsledků.

Jedním z dílčích cílů bylo zjistit, zda preference alternativního způsobu stravování může souviset s výskytem ortorexie. V našem výzkumném souboru 52 (25,6 %) respondentů uvedlo jiný než běžný způsob stravování (jmenovitě: vegetariánství, veganství, low carb, keto, raw, sacharidové vlny, paleo). Tento počet není dostatečně reprezentativní, abychom z něho mohli usuzovat závěry. Přesto jsme ze zvědavosti pomocí analýzy rozptylů prověřili souvislost s ortoxií. Výsledky ukázaly, že míra ortorektických tendencí se v závislosti na typu stravování neliší ($F_1 = 0,015$; $p = 0,902$).

Tabulka 2: Výsledky dotazníku ORTO-15

Dimenze ORTO-15	Maximální možný počet bodů	Průměrné skóre	Směrodatná odchylka
Kognitivně-racionální	24	2,9	0,43
Emocionální	16	2,3	0,5
Klinická	24	2,2	0,5
Celkové skóre	60	34,6	4,9

Obsessive – Compulsive Inventory

Obdobně jako v případě metody ORTO - 15 jsme i u OCI nejprve zjišťovali vnitřní konzistenci testu. Autoři metody Foe et al. (1998) uvádějí vysoké hodnoty koeficientu Cronbachovo alfa (pohybující se v mezi 0,59 - 0,96), pro orientaci jsme také analyzovali

vnitřní konzistenci testu jako celku a posléze i jednotlivých škál. Naměřené hodnoty nabývaly vysokých hodnot, jak prezentuje následující tabulka. Koeficient Cronbachovo alfa neklesl pod hranici 0,7, tento test lze považovat za vnitřně konzistentní.

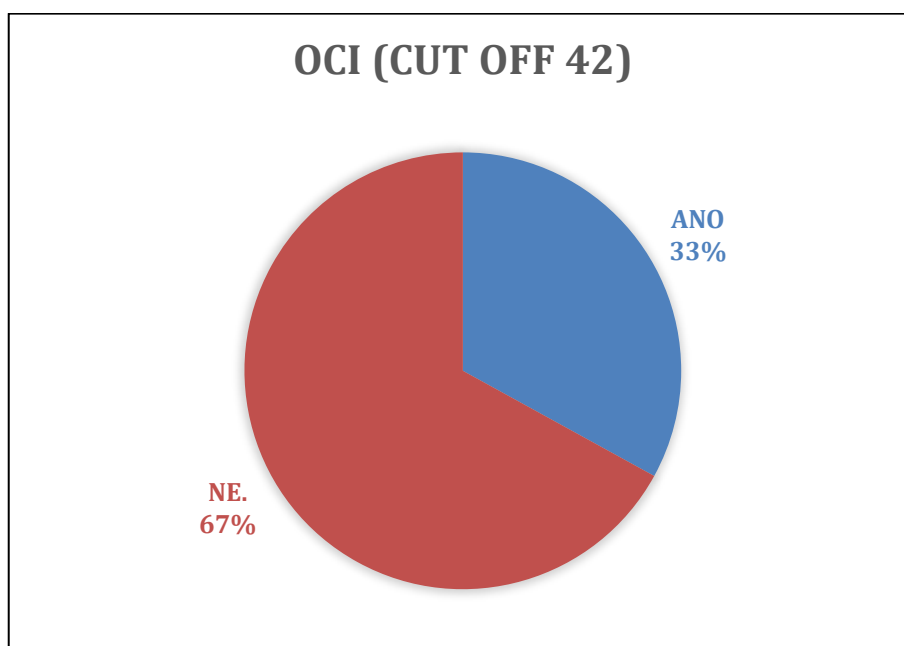
Tabulka 3: Test reliability OCI

Škála	Cronbachovo alfa	N
PO	0,7	203
HR	0,7	203
US	0,71	203
OB	0,87	203
NE	0,79	203
MY	0,85	203
KO	0,85	203
CS	0,95	203

Legenda: PO – Pochybování; HR – Hromadění; US – Uspořádání; OB – Obsese; NE – neutralizace; MY – mytí; KO – Kontrola; CS – celkový skóre; N – počet respondentů.

Pokud po součtu bodů všech položek respondent dosáhl výsledného skóre ≥ 42 , je považován za rizikového z pohledu rozvoje obsedantně – kompulzivní poruchy. Toto kritérium naplnilo 67 (33 %) respondentů. Dále nebyl nalezen signifikantně významný rozdíl mezi muži a ženami ($F_2 = 0,174$; $p = 0,677$).

Graf 8: OCI (hraniční hodnota 42 bodů)



Legenda: ANO – procentuální zastoupení respondentů, kteří dosáhli skóre ≥ 42 v dotazníku OCI. NE – procentuální zastoupení respondentů, kteří dosáhli skóre nižší než 42 v dotazníku OCI.

Průměrné dosažené skóre v OCI činilo 48,5 bodů se směrodatnou odchylkou (SD) 29,26. Tato vysoká hodnota SD nám signalizuje, že mezi daty jsou velké rozdíly, ve smyslu rozptylu od průměrné hodnoty. V ostatních škálách můžeme sledovat srovnatelné výsledky, žádná dimenze se nevyznačuje zásadně nízkým či naopak vysokým skóre, jak dokládá Tabulka 4.

Tabulka 4: Výsledky dotazníku ORTO - 15

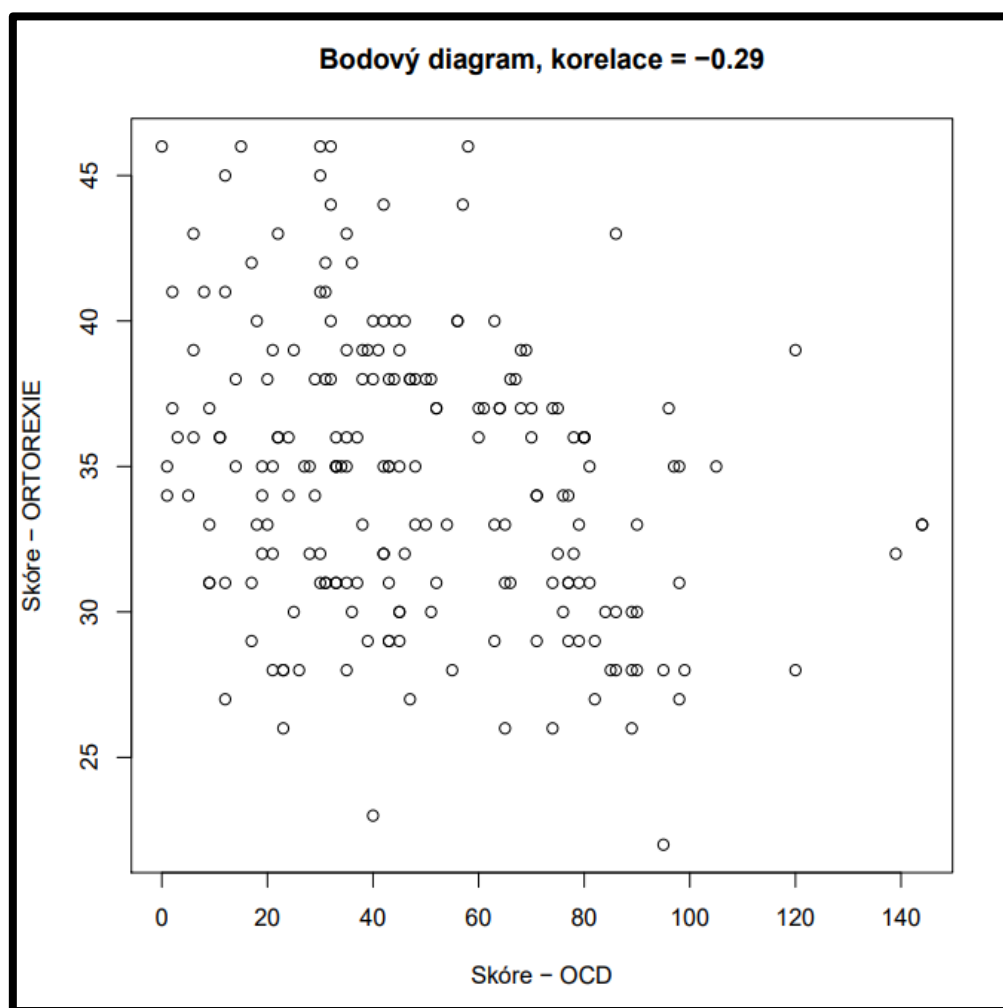
Škála	Maximální možný počet bodů	Průměrné skóre	Směrodatná odchylka
PO	12	1,2	0,88
HR	12	1,2	0,85
US	20	1,3	0,85
OB	32	1,3	0,87
NE	24	1,1	0,78
MY	32	1,1	0,79
KO	36	1,2	0,82
CS	168	48,5	29,26

Legenda: PO – Pochybování; HR – Hromadění; US – Uspořádání; OB – Obsese; NE – neutralizace; MY – mytí; KO – Kontrola; CS – celkový skór; N – počet respondentů.

Korelace ORTO - 15 a OCI

Prezentovaný bodový diagram nám ukazuje vzájemný vztah mezi výsledky v dotaznících ORTO - 15 a OCI. Pro účely statistické analýzy jsme využili Pearsonův korelační koeficient, který prokázal statisticky významnou negativní korelaci kde $p < 0,001$ ($r = -0,29$). V tomto kontextu však považujeme korelaci za pozitivní, tedy interpretace zní, že inklinace k ortorexii pozitivně koreluje s vyšším skóre OCI.

Graf 9: Bodový diagram znázorňující korelace OCI a ORTO - 15



Legenda: Skóre – OCD = výsledné skóre v dotazníku OCI; Skóre – ORTOREXIE = výsledné skóre v dotazníku ORTO - 15.

Dalším krokem bylo testování vztahu mezi výsledky ORTO - 15 a dílčích škál OCI. Tabulka 5 nám názorně prezentuje naměřené hodnoty, které byly získány statistickou analýzou za použití Pearsonova korelačního koeficientu a představují výsledky korelace (r). Korelační analýza prokázala statisticky významný vztah mezi ORTO - 15 a škálami Pochybování, Uspořádání, Obsese, Neutralizace, Mytí a Kontrola (OCI).

Tabulka 5: Korelace škál dotazníku OCI a dotazníku ORTO-15

	PO	HR	US	OB	NE	MY	KO
ORTO-15	-0,191**	-0,123	-0,233**	-0,288**	-0,33**	-0,146*	-0,307**

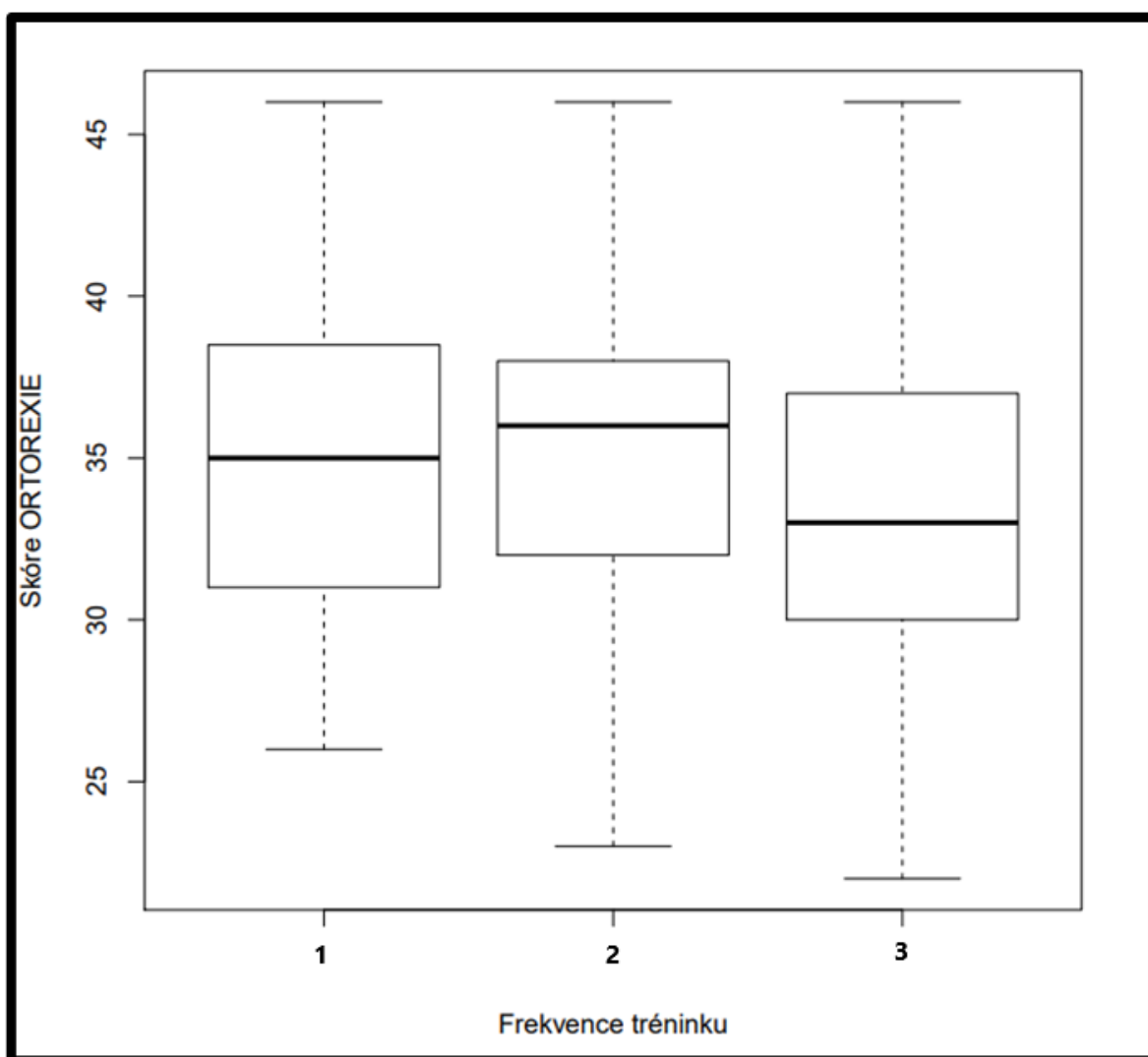
* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Legenda: PO – Pochybování; HR – Hromadění; US – Uspořádání; OB – Obsese; NE – neutralizace; MY – mytí; KO – Kontrola; Číselné údaje ukazují hodnotu Pearsonova korelačního koeficientu (r).

Frekvence tréninků a ORTO - 15

Jedním z dalších cílů bylo zjistit, zda se odlišuje míra mentální ortorexie v rámci frekvence tréninků. Jedna z položek testové baterie se tázala, jak často navštěvují fitness centra, respondenti měli na výběr zvolit jednu z následujících odpovědí: 1 - 2x týdně, 3 - 4x týdně, 5 a vícekrát týdně. Výzkumný soubor ($N = 203$) jsme rozdělili do tří skupin podle frekvence tréninků a následně graficky znázornili pomocí krabicových grafů. Již z optické analýzy je patrné, že krabicové grafy se spíše překrývají, a to značí, že jednotlivé skupiny se navzájem neliší. Tento závěr byl potvrzen i analýzou rozptylů (ANOVA), která nenašla signifikantní rozdíl mezi skupinami ($F_2 = 1,618$; $p = 0,201$).

Graf 10: Krabicový graf znázorňující frekvenci tréninků a skóre ORTO - 15

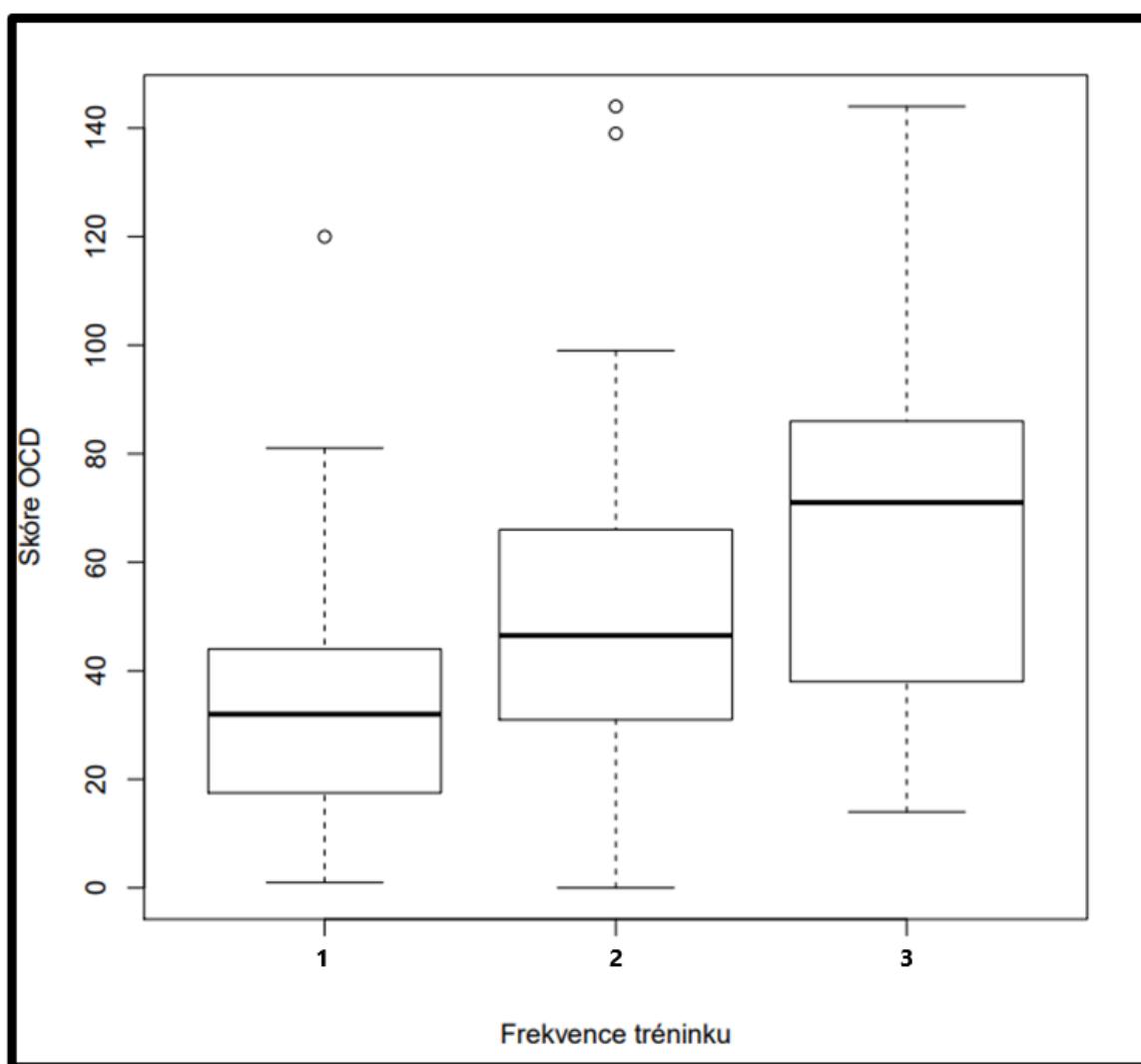


Legenda: 1 = skupina respondentů, kteří navštěvují fitness centra 1 - 2x týdně; 2 = skupina respondentů, kteří navštěvují fitness centra 3 - 4x týdně; 3 = skupina respondentů, kteří navštěvují fitness centra 5 a vícekrát týdně; Skóre ORTOREXIE = výsledné skóre v dotazníku ORTO - 15.

Frekvence tréninků a OCI

Při hledání souvislostí mezi frekvencí tréninků a výsledků v OCI jsme postupovali obdobně jako v případě ORTO - 15. Na rozdíl od prvního boxplotu, již z optické analýzy bylo patrné, že bude existovat vztah mezi frekvencí tréninků a skóre v OCI, jak lze vidět v *Grafu 12*. Signifikantní rozdíl mezi skupinami nám potvrdily výsledky ANOVY ($F_2 = 28,477$; $p < 0,01$). Největší rozdíl byl zaznamenán mezi skupinami 1 (1 - 2x týdně) a 3 (5 a vícekrát.). K zjištění velikosti vztahu mezi frekvencí tréninků a skóre v OCI jsme využili Pearsonova korelačního koeficientu, který ukázal signifikantně pozitivní korelaci ($r = 0,48$).

Graf 11: Krabicový graf znázorňující frekvenci tréninků a skór OCI



Legenda: 1 = skupina respondentů, kteří navštěvují fitness centra 1 - 2x týdně; 2 = skupina respondentů, kteří navštěvují fitness centra 3 - 4x týdně; 3 = skupina respondentů, kteří navštěvují fitness centra 5 a vícekrát týdně; Skóre OCD = výsledné skóre v dotazníku OCI.

8.2 Testování hypotéz a zhodnocení výzkumných otázek

VO1: Jaký je vztah mezi ortorexií nervosa a projevy obsedantně – kompulzivní poruchy?

Ve výzkumném vzorku ($N = 203$) naplnilo kritérium ORTO - 15 95 (47 %) respondentů, rysy obsedantně – kompulzivní poruchy jsme pomocí dotazníku OCI zaznamenali u 67 (33 %) respondentů. Souvislost mezi těmito výsledky jsme testovali pomocí korelační analýzy, která prokázala statisticky významný negativní vztah na hladině významnosti 0,01. V tomto případě negativní korelace prokazuje kladnou souvislost mezi symptomy ortorexie a obsedantně – kompulzivní poruchy. Důvodem je způsob skórování ORTO - 15, ve kterém nižší hodnota znamená vyšší míru symptomů ortorexie, zatímco v případě OCI je tomu naopak. Lze konstatovat, že v našem výzkumném vzorku existuje kladná souvislost mezi symptomy mentální ortorexie a obsedantně-kompulzivní poruchy ($r = -0,29$).

H1: Existuje statisticky významná korelace mezi výsledky v dotazníku ORTO - 15 a skóre na škále Kontrolování (OCI).

Pearsonův korelační koeficient potvrdil významnou korelaci mezi výsledky v ORTO - 15 a škálou Kontrolování (OCI), kde $p < 0,01$. Korelační koeficient dosáhl hodnoty $r = -0,307$. Nižší skór v ORTO-15 naznačuje inklinaci k ortorexií, zatímco v případě OCI je tomu naopak. Z tohoto důvodu negativní korelace prokazuje kladnou souvislost. Lze tedy říct, že čím nižší dosažené skóre v ORTO - 15, tím vyšší skóre na škále Kontrolování (OCI).

Hypotézu H1 přijímáme.

H2: Existuje statisticky významná korelace mezi výsledky dotazníku ORTO - 15 a skóre na škále Obsese (OCI).

Druhá hypotéza (H2) byla také podpořena výsledky Pearsonova korelačního koeficientu, které ukázal významnou korelaci mezi výsledky v ORTO - 15 a škálou Obsese (OCI), kde $p < 0,01$. Korelační koeficient dosáhl záporné hodnoty ($r = -0,288$). Stejně jako v případě předchozí hypotézy i zde kvůli opačnému skórování interpretujeme negativní korelaci jako kladnou souvislost.

Hypotézu H2 přijímáme.

VO2: Jaký je vztah mezi výsledky dotazníku ORTO - 15 a frekvencí tréninků?

Výzkumný soubor ($N = 203$) byl rozčleněn do tří skupin, v závislosti na frekvenci tréninků (1 - 2x týdně = skupina 1; 3 - 4x týdně = skupina 2; 5 a vícekrát týdně = skupina 3). Následná statistická analýza testuje, zda existuje rozdíl ve výsledcích v ORTO - 15 v závislosti na frekvenci cvičení. Statistická metoda Analýza rozptylu neprokázala žádný statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05. Můžeme tedy konstatovat, že v našem výzkumném souboru nebyl nalezen signifikantní vztah mezi počtem tréninků a projevy mentální ortorexie.

H3: Existuje statisticky významná korelace mezi vyšší frekvencí tréninků a výsledky v dotazníku ORTO - 15.

U třetí hypotézy ANOVA nepodpořila žádný statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,05 mezi ve skóre dotazníku ORTO - 15 mezi skupinami rozdělenými podle frekvence tréninků ($F_2 = 1,618$; $p = 0,201$).

Hypotézu H3 zamítáme.

VO3: Jaký je vztah mezi výsledky dotazníku OCI a frekvencí tréninků?

Frekvence tréninků byla posouzena i ve vztahu k dosaženým hodnotám v dotazníku OCI. Analýza rozptylů ukázala statisticky významný rozdíl v dotazníku OCI mezi skupinami rozdělenými podle frekvence tréninků ($F_2 = 28,47$; $p < 0,001$). Největší rozdíl byl zaznamenán mezi skupinou 1 (1 - 2x týdně navštěvuje fitness) a skupinou 3 (5 a vícekrát navštěvuje fitness). Na základě provedené statistické analýzy je patrné, že častější návštěva fitness center signifikantně souvisí s výsledky v dotazníku OCI.

(H4): Existuje statisticky významná korelace mezi vyšší frekvencí tréninků a výsledky v dotazníku OCI.

U této hypotézy bylo zkoumáno, zda existuje souvislost mezi vyšší frekvencí tréninků a dosaženými výsledky v dotazníku OCI. Analýza rozptylů prokázala statisticky významný vztah mezi frekvencí tréninků a skóre v dotazníku OCI ($F_2 = 28,477$; $p < 0,001$).

Hypotézu H4 přijímáme.

8.3 Výsledky kvalitativního výzkumu

Tato kapitola je věnována deskriptivní prezentaci výsledků kvalitativního výzkumného šetření. Jednotlivé názvy podkapitol odpovídají nadřazeným tématům, tučně zvýrazněné pojmy náleží dalším podstatným fenoménům, které jsme v našich datech zaznamenali. Vybraná témata jsou v následujících odstavcích více rozpracována a rozšířena o přímé citace respondentů. Současně odkazujeme na literárně-přehledovou část, ve které jsou blíže vymezené odborné termíny. Cílem této kapitoly není tyto pojmy definovat, ale spíše prezentovat jejich konkrétní příklady.

Zdravý životní styl

Zdravý způsob života je jedním základních rysů mentální ortorexie (Dunn & Bratman; 2016), proto není tak překvapivé, že se toho téma se během rozhovorů častokrát opakovalo. Pod pojmem zdravý způsob života si každý jedinec vybaví něco trochu jiného, z tohoto důvodu nás zajímalo, s čím si zmíněný termín asociují naši respondenti a jakým konkrétním způsobem se jejich pojetí zdravého životního stylu promítá do jejich každodennosti.

Se zdravým způsobem bytí je neodmyslitelně spojeno **zdraví** obecně, které WHO definuje jako: „*Stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky a sociálně, není to jen nepřítomnost nemoci nebo vady.*“ (Křivohlavý, 2001). Tento pojem byl nejčastěji se vyskytující kategorií v rámci kvalitativní části výzkumu. Respondenti uváděli rozmanité způsoby, kterým se snaží zlepšovat svou zdravotní kondici. Mezi tyto aktivity zahrnovaly například: **studená sprcha, meditace, pití vody s citronem na lačno, užívání vitamínů, cvičení**. Největší význam přikládali **kvalitní, pestré stravě** s důrazem na logické rozložení **makroživin** (bílkoviny, sacharidy a tuky). Ve spojitosti se zdravým životním stylem respondenti uváděli také **absenci alkoholových nápojů**.

Pro psychickou pohodu je dobré občas upustit od striktních pravidel, a naopak si dopřát jídelní prohrěšek. Zdraví je definované i z hlediska sociální harmonie, pod čímž si můžeme představit udržování pravidelných sociálních kontaktů, například návštěv veřejných stravovacích zařízení. Z předchozích řádků je patrné, že s psychickým a společenským aspektem zdraví je také spojena určitá **flexibilita**, jak popisuje respondentka

Daniela:

„Pokud si dám jednou za čas nezdravé jídlo, neřeším to. Je to ale na nějaké akci nebo když je k tomu vhodná příležitost, sama bych si ho nedala. Snažím se dodržovat plán na 100 %, ale když mám třeba oslavy nebo jsou Vánoce, tak se plán snažím trochu zmírnit.“

Pružnost ve stravovacím jednání je pro ortorektiky opravdový oříšek, neboť jsou svázáni dodržováním přísných pravidel. Přesto jsme v rozhovorech zachytili náznaky flexibilního jednání i za neplánovaných situací.

„Když si nemůžu navařit, snažím se vybrat z jídla to co si myslím, že je pro mě dobré. Třeba zelenina, maso, nejíst smažené věci a tak. Za ty roky už vím, co zhruba obsahuje kolik kalorií a z čeho je co složeno.“

Dopady zdravého životního stylu

V teoretické části byla představena celá řada až už více či méně závažných dopadů, které může hon za zdravým životním stylem přinášet. V této kapitole uvádíme konkrétní projevy, které nám naši respondenti sdělili. Pro lepší orientaci jsme je strukturovali do dílčích kategorií: **zdravotní, sociální a kognitivní**.

Mezi zdravotní potíže šest respondentek uvedlo **ztrátu menstruačního cyklu**. K narušení produkce hormonů nejčastěji dochází v důsledku nedostatečného kalorického příjmu a nadměrného stresu, tento symptom není tak překvapivý, Varga et al. (2013) ho řadí mezi typickou zdravotní komplikaci spojenou s ortorexií. K navracení menstruace je potřeba nabrat dostatečné množství tukové tkáně. Navýšení kalorického příjmu s cílem zvýšení tělesné hmotnosti může být zdrojem dalších výčitek a negativních emocí, jak uvádí respondentka Marie:

„Jo vypadla mi asi na 8 měsíců menstruace. Ale to jsem spravila, jak jsem začala víc jíst a míň cvičit. Ale tohle bylo hodně nepříjemné období, měla jsem velké výčitky, že moc jím a přibírám, ale pořád jsem jedla hodně zdravě. Takže mě uklidňovalo, že tělo dostává, co potřebuje. Ale měla jsem strach z přibírání.“

Mezi další zdravotní komplikace respondenti hlásili **narušený spánek, vypadávání vlasů** a také **problémy s klouby** v důsledku přetížení náročnými tréninky.

Druhou zmíněnou kategorií jsou sociální potíže. Respondenti v několika případech naznačili, že se často potýkají se **strachem jíst mimo domov** (například v restauracích), obvykle je důvodem neznalost složení jídla. Tohle rozhodnutí má za následek omezování

sociálních kontaktů a konflikty s partnery či příbuznými. Úmyslné vyhýbání se sdružování s přáteli, cestování či návštěvy rodinných sešlostí také není výjimkou. Konfliktní situace mohou vyvolat i **protichůdné názory na stravovací styl.** Příkladem může být výpověď Daniely:

„Občas se potýkám s lidmi, hlavně jiné generace, kteří nechápou můj životní styl a mají tendenci mi to vymlouvat, říkat že je to drahé, a i když mám různé důkazy o tom, že to není, tak mě nevnímají. Takže často mě lidi odsuzují, obyčejně se s takovými lidmi nestýkám, ale rodinu nemůžete ze svého života vyhnat. Takže se snažím jejich řeči vypustit, i když občas se jim snažím vnutit myšlenku o tom, že není zrovna správně.“

Z tohoto úryvku je také patrný náznak dalšího rysu mentální ortorexie: tendence druhé lidí poučovat a vnucovat jim svůj pohled na zdravý životní styl. Tato tendence může mít za následek vyhýbání se osobám, které nesdílejí stejné stravovací hodnoty.

Na třetí úrovni, tedy kognitivní, jsme též zaznamenali několik projevů zasahujících do každodenního života respondentů. Mezi nejvíce frekventované odpovědi jsme zaregistrovali: **nepříjemné, vtíravé myšlenky**, které se nejčastěji vztahovaly k tématům **kvality jídla, obavy z nemoci, cvičení a strachu z přibírání.**

Zmíněný strach z přibírání byl překvapivě přítomný v každém rozhovoru. Stejně jako všichni respondenti vypověděli, že jejich prvotním záměrem při dodržování zdravých stravovacích zásad, bylo snížit tělesnou hmotnost. Tento fakt nás přivádí k propojení ortorexie s poruchami příjmu potravy. A naopak zpochybňuje vymezení ortorexie podle Bratmana (2000), jenž je toho názoru, že záměrem ortorektiků není váhový úbytek. Novější studie zkoumající ortorexii (Barthels et al. 2015) v souladu s našimi nálezy, motiv hubnutí s ortorexií také spojují.

V návaznosti na redukci hmotnosti jsme v našich datech zaznamenali jistý trend. Jedná se o tendenci, kdy prvotní snaha zhubnout je s postupem času nahrazena zájmem o fyzické i mentální zdraví, bez přání redukce váhy, jak demonstruje následující příklad respondentky Daniely:

„Ano můj primární důvod byl abych zhubla, dneska už ale nemyslím na váhu, ale koukám spíš na složení a moje zdraví, jak fyzické, tak psychické. Nyní si proto myslím, že mi to nepomáhá snížit tělesnou hmotnost, jelikož to není můj cíl, ale udržuje mi to lepší zdraví.“

Charakteristickým projevem ON i OCD jsou **nutkavé myšlenky**. Tento předpoklad nám potvrdila i naše získaná data. Všichni respondenti uvedli, že s vtíravými myšlenkami mají osobní zkušenost. Jejich obsahy byly různorodé, ale lze je shrnout do tří stěžejních kategorií: **fyzický vzhled, cvičení a kvalita potravin**.

Nutkavé myšlenky je možné hodnotit z iracionálního a racionálního hlediska. V prvním případě jsou nechtěné úvahy hodnoceny spíše negativně a jedinec má tendenci se je snažit potlačit, takto jsou většinou vnímány u OCD pacientů. Na druhou stranu ortorektikovi nepřetržité myšlenky vztahující se k jídlu přinášejí líbivé pocity, považuje je za účelné (Gleaves et al., 2013). V našich datech jsme zaregistrovali spíše jejich ego syntonní prezentaci, jinými slovy **snahu**-naučit se tyto **tíživé myšlenky ovládat** a redukovat.

„Určitě myslím na jídlo víc než jiní lidé, si myslím teda. A myslím na něho i když nechci na něho myslet. Třeba když jím, tak furt přemýšlím, jestli jsou kvalitní ty zdroje, jestli je tam dost sachrů, tuků a proteinu, jestli nebudu mít hnedka hlad. A už přemýšlím i jaké bude další jídlo. A jak s nimi pracuji, jakože někdy se je snažím zahnat, ale to moc nejde. Spíš tak dělám, že vnímám druhé lidi, ale spíš myslím na jídlo, a na co mám chuť (smích).“

Rituály

Dalším významným tématem prolínajícím v rozhovorech s respondenty byly různé typy rituálů. Ritualizované jednání je společným znakem ON i OCD, jedinci trpící těmito poruchami se špatně srovnávají s pocity nejistoty. Ritualizované chování přináší větší přehlednost a kontrolu nad okolními situacemi, tedy redukuje úzkost vznikající z intolerance či nejistoty.

Mezi denní rituály, které dle názorů respondentů zlepšují zdraví byly uvedeny: **meditace, pití vody s citronem na lačno, ledová sprcha a vitamínové doplňky**.

„Každé ráno vypiji nalačno 0,5 l čisté vody, abych žaludek připravila na snídani. Ráno si taky dávám ledovou sprchu, protože se chci otužovat a pracovat na své imunitě. Rituály dělám pro sebe a své zdraví.“

Pro ortorektiky je důležitá kvalitativní stránka stravy. Velký akcent je kladen na vyvážení složení z hlediska **makroživin** (bílkoviny, tuky, sacharidy), stejně tak jako přesné **dodržování denního kalorického příjmu**. Tento přístup vyžaduje potřebu **plánovat jídlo** dostatečně dopředu, z důvodu nákupu potřebných potravin, a také jejich zadání do aplikace

Kalorické tabulky, stejně jako nutnost potravin před konzumací **zvážit**. Toto ritualizované jednání si můžeme demonstrovat na respondentce Anně:

„Ano plánuji si jídla aspoň jeden den dopředu, nebo někdy když to nestíhám, tak aspoň tak v hlavě si to promyslet nejčastěji, než jdu spát, musím vědět co budu druhý den jíst. A třeba hnedka ráno to hodím do kalorických tabulek.“

S tímto rituálním plánováním se pojí další významné téma: přenášení připravených pokrmů v **krabičkách**. Ortorektici mají strach jíst mimo domov, jinak řečeno konzumovat pokrmy, které sami nepřipravovali. Proto mnohdy volí variantu navaření si jídel dopředu a jejich přepravu v úložných boxech. Vedle složení stravy je podstatný také **časový aspekt**, tedy možnost jíst ve stejné denní hodiny.

„Rituálů ano tak těch mám hodně, od mytí zubů, ustláni postele, tak taky musím jíst v přesný čas, v 8 snídaně, oběd ve 12, svačina ve 4, první večeře v 6 a druhá v 8 večer. Jako jídlo musí obsahovat všechny složky potravy, jakože bílkoviny, sacharidy, tuky. Hmm nepiju půl hodiny před jídlem a půl po jídle. Jinak jako rituál každý den musím meditovat před spaním, ráno studená sprcha. Vážím si jídlo. Proč je dělám, musím mít ve všem přehled, mít nad tím kontrolu. Když něco neudělám tak mě to pěkně štve.“

Doposud realizované výzkumy i naše získaná data se shodují v tom, že ritualizované chování a **kontrola** jsou spolu jistě spjatý, jak dokládá i výše zmíněná výpověď Marie. V tomto kontextu nás zajímalo, jak respondenti vnímají situace, kdy jsou nuceni rituál vynechat. Získané odpovědi byly převážně negativního rázu, projevovaly se v nich emoce jako například: **výčitky, nervozita, stres nebo hanba**. Těmito nepříjemnými pocity se zabývá následující kapitola, přesto pro ilustraci nabízíme slova respondentky Nikol:

„Když je vynechám, tak mě to rozhodí, mám výčitky a nemůžu na to přestat myslet, proto se snažím abych je stihla všechny, řekla bych, že se tím chráním před vinou, kterou pak cítím.“

Negativní emoce

Je zcela běžné, že lidé prožívají při dodržování vlastních pravidel hrdost či radost, že dokáží svůj režim naplnit. Za normální lze považovat i pocity zklamání nebo smutku, pokud dojde k porušení individuálního plánu, nicméně i lidé preferující zdravý životní styl si čas

od času dovolí hřešit. To však neplatí pro jedince s mentální ortorexií, kteří po porušení stravovacích pravidel pocítují velmi negativní emoce, ba dokonce u nich dochází k poklesu vlastní hodnoty (Bratman & Knight, 2000).

„No třeba teď mám hlad, ale už nesmím jíst, protože už jsem snědl denní příjem, tak mě honí myšlenky, že mám hlad, ale naopak mám takové nepříjemné myšlenky, že to nesmím porušit nebo budu za slabocha a ničeho nedosáhnou. A snažím se obě potlačit.“

Také lidem s obsedantně-kompulzivní poruchou nejsou nepříjemné pocity cizí. V tomto případě jsou nejčastěji asociovány s nutkavými myšlenkami nebo neuskutečněním určitého rituálu.

Nejvíce zakoušeným nepříjemným prožitkem u našich respondentů byly **pocity viny** a s nimi spojené **výčitky**. Tyto pocity se nejvíce týkaly konzumace jídla mimo domov, vynechání cvičení, překročení denního kalorického příjmu nebo přibírání tělesné hmotnosti. U ortorektiků jsou tyto emoce mnohdy spojeny i s trestem v podobě **striktnějších pravidel** ohledně stravy, jak ukazuje ve své výpovědi Anna.

„Hodně špatné pocity, vztek, vina a celý den si to vyčítám. Někdy i sním i méně jídla.“

Avšak ne pokaždé se záporné pocity týkají výhradně jídelních zvyklostí. Někdy mohou pramenit z obav z nevhodného jednání v minulosti, které nutí jedince neustále si promítat konkrétní situace stále dokola a ujišťovat se, že se nedopustili nějakého **nepřípustného jednání**. Tento myšlenkový pochod je typickým rysem OCD. Ilustrovat ho můžeme na konkrétním tvrzení Nikol:

„Občas to jsou myšlenky ohledně mé postavy nebo ohledně situace, ve které se právě nacházím. Nejčastěji to jsou, ale myšlenky ohledně toho, co jsem například udělala nebo jak jsem se chovala v minulosti a přemítám nad tím, jestli jsem něco nemohla udělat lépe. Takové to, kdy bylo. Mám občas strach, že něco pokazím, nebo řeknu co nemám. A snažím se v mysli s nimi vypořádat, hlavně tak, že sama sebe přesvědčuji, že všechno jsem udělala správně.“

Mezi další zaznamenané formy negativních prožitků se řadí: **nervozita**, **nejistota** a **stres**. V drtivé většině případů byly spojeny s obavou ohledně kvality, složení a kalorické hodnoty stravy. Těmto ústředním projevům ortorexie se snaží jedinci předcházet

nejrůznějšími způsoby **vyhýbavého chování**, které snižují tíživé pocity spojené s neznalostí potravin.

„No, když jdu někde ven jíst nebo k někomu, tak je vždycky těžké. Nechci u nich moc jíst, protože nevím co do toho jídla dali přesně, jsem z toho nervózní a snažím se jezdit na návštěvy v čase kdy nemám jíst, nebo jako když jsem najezená a mám třeba tři hodiny do dalšího jídla.“

Sport

Nedílnou součástí zdravého způsobu života jsou různé druhy sportovních aktivit. I pro naše respondenty byl sport podstatným tématem. Mezi důvody, proč se respondenti absolvuji náročné tréninky v posilovně se řadí: **zlepšení kondice, hubnutí, udržování postavy či nabírání svalové hmoty**. Dokonce jeden z našich probandů Petr uvedl, že je nyní v přípravě na kulturistické závody, což tvrdé tréninky nutně vyžaduje. Konkrétně u tohoto účastníka nás zajímalo, zda by se věnoval zdravému stravování, i kdyby se na závody nechystal, odpověď zněla jednoznačně:

„Dneska už je to spíše rutina, už si neumím představit, že jím jinak. Stalo se to mým koníčkem, jakože strava, jídlo.“

Aktivní pohyb je přínosný nástroj pro naše psychické i fyzické zdraví, ovšem může se stát také zdrojem vtíravých myšlenek, které v nás evokují nepříjemné až tíživé emoce (Olivardia, 2001). Pomyslná hranice mezi zdravým a patologickým cvičením je leckdy tenká. V rozhovorech s respondenty nás zajímalo, co pociťují, když vynechají trénink. Získali jsme širokou škálu odpovědí, nicméně obecně z nich vychází spíše negativní konotace pocitů v čele s **výčitkami, vztekem**, ale také **strachem ze ztráty progresu** (redukce svalové hmoty, pokles ve výkonnosti). Jeden z respondentů dokonce uvedl, že tréninky nevynechává ani v případě nemoci, aby se chránil před nežádoucím pocitem viny.

„Naposledy jsem ho vynechal, když jsem byl nemocný, a to jen na dva dny. A měl jsem hodně z toho špatný pocit, takový nervózní, výčitky určitě. (...) Hm, dva dny jsem nešel cvičit, měl jsem horečku. Ale když mám rýmu nebo kašel tak jdu stejně cvičit.“

Na druhou stranu část probandů uvedla, že pokud je k absenci podstatný důvod (nemoc, dovolená), tak si dokáží **racionálně zdůvodnit**, proč do fitness centra nemohou jít a jsou schopni negativní pocity do značné míry eliminovat.

„Mám výčitky z toho, že o něco přicházím a ztrácím progres. Učím se s těmito myšlenkami pracovat. Když se necítím dobře a rozhoduji se, zda jít do posilovny či nejít, pomáhá mi si říct: Stejně bych si ten trénink neužila a nedala do něj všechno, akorát bych pak byla unavená a možná i nemocná.“

Zdravý životní styl a vyvážená strava patrně slouží jako jakési „palivo“ pro zvládání fyzické zátěže v podobě tvrdých tréninků. I tohle může být jeden z důvodů, proč jsou právě posedlost zdravými potravinami a sport tak úzce propojeny.

„Snažím se si připomínat, že mé tělo potřebuje dostatek živin, abych si mohla dovolit sportovat a byla i v psychické pohodě.“

9. Diskuse

Tato kapitola slouží k souhrnnému zamyšlení nad touto diplomovou prací. Pokusíme se porovnat výsledky našeho výzkumu s pracemi zabývajícími se totožnou problematikou. Zamyslíme se nad praktickým využitím a případným budoucím směřováním výzkumů na dané téma. Konečně také kriticky zhodnotíme možná zkreslení našeho pátrání včetně pozitivních a negativních aspektů této práce.

Výzkumu zaměřeného na souvislosti mezi mentální ortorexií a projevy obsedantně – kompulzivní poruchy se zúčastnilo 203 návštěvníků fitness center po celé České republice. Výzkumný design se skládal ze dvou částí. Primárně jsme se zaměřili na kvantitativní šetření, které jsme se následně rozhodli pro hlubší průnik do problematiky doplnit o kvalitativní projekt. Kombinace této metodologie nám umožnila zobecnění dat získaných z kvantitativního přístupu a zároveň hlubší porozumění významů jednání z pohledu vybraných respondentů, díky kvalitativnímu designu.

Ortorexie se během posledních let stala celospolečensky známým fenoménem, který disponuje zvýšenou pozorností ze strany odborné i laické veřejnosti. Poměrně málo výzkumů se v této souvislosti věnovalo jedné z nejohroženějších skupin, která potenciálně může být danou problematikou zasažena. Jedná se o pravidelné návštěvníky fitness center. Této části populace je však nutné věnovat pozornost, a to z následujících důvodů. Mentální ortorexie se vyznačuje patologickým zaujetím o zdravý životní styl, který jde ruku v ruce i s dalšími oblastmi a jednou z nich je sportovní aktivita. Pravidelná fyzická aktivita a zdravé stravovací návyky mají bezesporu pozitivní dopad na zdraví a kondici. Problém vzniká tehdy, pokud se dané chování stane patologickým a způsobuje řadu psychických, fyzických a také sociálních problémů. Řada současných studií nachází toto chování specificky u návštěvníků fitness center (Bóna et al., 2018; Malmberg et al. 2017; Rudolph, 2017; Almeida et al., 2008). Navíc výzkum Segura-Garciové et al. (2012) objevuje u sportovců inklinaci k ON a také znaky OCD. V České republice nebyl realizován žádný výzkum zaměřený na zvolenou problematiku a v zahraničí jsme dohledali pouze jediný, z tohoto důvodu mělo naše výzkumné bádání spíše explorační povahu.

Klíčovým cílem empirické části práce bylo zmapovat možné souvislosti mezi ortorexií a projevy obsedantně – kompulzivní poruchy u aktivních sportovců, kteří alespoň jednou týdně navštěvují fitness centra. Druhým cílem bylo zjistit, zda u zvolených

respondentů existuje rozdíl v míře mentální ortorexie a rysů obsedantně – kompulzivní poruchy v závislosti na frekvenci tréninků. Na základě vytyčených výzkumných cílů práce jsme posléze formulovali tři výzkumné otázky doplněné čtyřmi dílčími hypotézami, které byly stanoveny na základě prostudované literatury a výzkumu.

Analýza dotazníku ORTO - 15 ukázala, že průměrná dosažená hodnota výzkumného souboru činila 34,6 bodů. Tvůrci metody Donini et al. (2004) stanovili prahový skóre naznačující tendenci k patologickým stravovacím návykům na 40 bodů. Ohledně hranice nepadají mezi odborníky jednoznačná shoda. Jiní autoři považují za citlivější využít prahovou hodnotu 35 bodů (Segura-Garcia et al., 2012; Varga et al., 2014). V rámci naší práce jsme využili hranici 40 bodů dle originálních instrukcí. Z celkového vzorku 203 respondentů jich inklinovalo 95 (47 %) k rozvoji ON, při užití přísnější hranice by se jejich počet snížil na 73 (36 %). Prevalence ortorexie v našem výzkumném souboru byla nižší v porovnání s předchozími studiemi. Almeida (2008) zdokumentoval tendenci k ortorexií na 51,8 %, ve studii Clifforda a Blytha (2019) 76 % účastníků skórovalo pod 40 bodů. Avšak naše zaznamenaná tendence k rozvoji ON je stále podstatně vyšší v porovnání se 7 % prevalence v obecné populaci, kterou identifikoval Donini et al. (2004). Stanovení jasné hranice může být problematické i z hlediska různých sociokulturních aspektů. Italská populace, pro kterou byl dotazník konstruován, se od české může zásadně odlišovat. Na kulturní odlišnosti, které se mohou odrážet ve stravovacích postojích, upozorňují i autoři Arusoğlu et al. (2008) a Vargaová et al. (2004), a to při adaptaci dotazníku pro tureckou a maďarskou populaci. S ohledem na fakt, že ortorexie nebyla doposud v České republice vědecky prozkoumána, nemůžeme spolehlivě určit, která z hraničních hodnot by byla pro naši populaci přiléhavější.

První výzkumná otázka si kladla za cíl zmapovat vztah mezi ortorexií nervosa a projevy obsedantně – kompulzivní poruchy. K této otázce byly zformulovány dvě hypotézy:

- **(H1):** Existuje statisticky významná korelace mezi výsledky v dotazníku ORTO - 15 a skóre na škále Kontrolování (OCI).
- **(H2):** Existuje statisticky významná korelace mezi výsledky v dotazníku ORTO - 15 a skóre na škále Obsese (OCI).

K ověření obou hypotéz jsme využili korelační analýzu. První hypotéza H1 předpokládala, že existuje souvislost mezi ORTO - 15 a škálou Kontrolování (OCI). Silná

potřeba kontroly je jedna z hlavních příznaků ON i OCD (Wheaton et al. 2010; Scarff, 2017). Stereotypní chování v podobě kompulzí je charakteristický projev OCD, Pittenger (2017) uvádí deset nejčastějších typů kompulzí, přičemž na první příčku staví chování zaměřené právě na kontrolování. Také u ortorexie je klíčovým rysem potřeba kontroly, a to nad stravou, denními rituály, ale i nad cvičebními plány (Oberle et al. 2018). Výsledky korelační analýzy ukázaly statisticky významný vztah mezi výsledky v ORTO - 15 a škálou Kontrolování (OCI). Tudíž se náš předpoklad potvrdil a H1 jsme přijali.

V teoretické části jsme zmínili různé typy obsesí, které společně s kompulzemi tvoří základ OCD. I jednotlivci naplňující kritéria ortorexie vykazují znaky patologických obsesí, zvláště co se týká „čistých“ a zdravých potravin (Nevin & Vartanian, 2017). Vtíravé myšlenky způsobují úzkostné stavy, které se jedinci pokoušejí redukovat pomocí dodržování přísných stravovacích pravidel nebo fyzické aktivity. Některé současné studie (Kiss-Leizer, Toth-Király & Rigo 2019; Segura-Garcia et al. 2012) navrhuji zahrnout mezi stávající obsesivní rysy charakteristické pro ON i nadměrnou sportovní činnost. Statistická analýza nám potvrdila vztah mezi ortorexií a dimenzí Obsese (OCI), a proto jsme H2 také přijali.

K zodpovězení první výzkumné otázky jsme zanalyzovali míru korelace celkových skóre v ORTO - 15 a OCI. Na základě statistické analýzy lze konstatovat, že mezi ortorexií a projevy obsedantně – kompulzivní poruchy byla nalezena signifikantní souvislost. Tento výsledek je v souladu se zjištěním řady předchozích studií (Bratman & Knight, 2000; Brytek-Matera, 2012; Costa, Hardan-Khalil & Gibbs, 2019; Gleaves et al., 2013; Koven & Abry, 2015). Celý koncept mentální ortorexie staví na předpokladu kladného vnímání ortorektických symptomů, které jim přinášejí uspokojení. Otázkou však zůstává, jestli ortorektické motivy pohánějící ke kompulzivním činům, nejsou, podobně jako u OCD, pouze snahou předejít nežádoucí události, nikoliv, jak předpokládal Bratmann (2000), prožitkem uspokojení z přípravy a konzumací potravin.

Druhá výzkumná otázka si kladla za cíl zmapovat souvislost mezi mentální ortorexií a frekvencí tréninků. K této otázce byla připojena třetí hypotéza, která zněla:

- **(H3):** Existuje statisticky významná korelace mezi vyšší frekvencí tréninků a výsledky v dotazníku ORTO - 15.

Pro ověření platnosti H3 jsme využili analýzu rozptylů. Předpoklad stoupající prevalence ON společně s vyšším objemem tréninků u návštěvníků fitness center potvrdila

ve svých studiích řada autorů (Bóna et al., 2018; Eriksson, 2008; Oberle et al. 2018). Jedinci, kteří tráví více času v posilovnách, jsou ambicióznější, ale zároveň se cítí více pod tlakem a inklinují k častějšímu rozvoji ortorektické symptomatologie. Pro tuto domněnku jsme nenalezli v naší studii dostatek důkazů, proto hypotézu zamítáme. Tento výsledek není zas tak překvapivý, protože v souvislosti s frekvencí tréninků a ON existují rozporuplná zjištění. Například ve studiích Segura–Garcio et al. (2012) se také předpokládaný vztah nepotvrdil, nelze tedy dojít k jednoznačnému závěru.

Poslední výzkumná otázka se týká vztahu projevů obsedantně – kompulzivní poruchy a frekvence tréninků. I zde jsme si stanovili dílčí hypotézu:

- **(H4):** Existuje statisticky významná korelace mezi vyšší frekvencí tréninků a výsledky v dotazníku OCI.

V literárně přehledové části byla nastíněna řada faktorů, které poukazují na spojitost rysů obsedantně – kompulzivní poruchy s nadměrnou fyzickou aktivitou. Malmborg et al. (2018) považují za nejrizikovější faktor perfekcionismus, naopak Kiss–Leizer, Toth–Király a Rigo (2019) zdůrazňují vinu při vynechání tréninku. Segura–Garcia et al. (2012) zaznamenali u 80,2 % sportovců nadměrné nutkavé myšlenky a u 6,2 % i přidružené kompulzivní chování. Z těchto důvodů jsme obdobně jako u ortorexie předpokládali vztah mezi vyšší frekvencí tréninků a projevy obsedantně – kompulzivní poruchy. Naši domněnku nám potvrdila statistická analýza. Největší rozdíl jsme zaznamenali mezi skupinou 1 (1 - 2x týdně navštěvující fitness centra) a 3 (5 a více krát navštěvující fitness centra). Lze tedy říct, že projevy OCD signifikantně korelují s vyšší frekvencí tréninků.

Jako dílčí cíle jsme si stanovili ověřit, zda se výskyt symptomů ortorexie nebo obsedantně – kompulzivní poruchy liší z hlediska pohlaví nebo preferovaného způsobu stravování.

Náš výzkum neodhalil žádný statisticky významný rozdíl mezi projevy ortorexie a pohlavím. Tyto výsledky jsou v souladu s řadou předchozích studií (Bert et al, 2019; Almeida, Borba & Santos, 2018). Nicméně souvislost pohlaví a ortorexie se ve výzkumných bádáních výrazně rozchází. Existují nálezy ukazující vyšší prevalenci u žen (Arusoglu et al, 2008; Cinosi et al., 2015), ale i opačně vyšší výskyt u mužů (Fidan et al., 2010; Donini et al. 2004).

Následně jsme se zaměřili na analýzu dotazníku OCI, hraniční skóre 42 bodů překročilo 67 (33 %) respondentů. Ve shodě s předchozími názory (Koven & Abry, 2015; Praško & Prašková, 2008) nebyl nalezen signifikantně významný rozdíl mezi muži a ženami.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda alternativní způsob stravování může ovlivnit výskyt ortorektických tendencí. Tato část populace je hodnocena jako jedna z nejrizikovějších z hlediska rozvoje ortorexie (Barthels, Meyer, & Pietrowsky, 2018; Brytek-Matera et al.; 2018; Herranz Valera et al., 2014). V našem výzkumném souboru jsme zaregistrovali 52 (25,6 %) respondentů, kteří preferovali alternativní způsob stravování (jmenovitě: vegetariánství, veganství, low carb, keto, raw, sacharidové vlny, paleo). Tento počet není dostatečně reprezentativní, abychom z něho mohli činit závěry. Přesto jsme ze zvědavosti pomocí analýzy rozptýlů prověřili souvislost s ortorexií. Výsledky ukázaly, že míra ortorektických tendencí se v závislosti na typu stravování neliší.

Existují důkazy, které hodnotí jako významnou predispozici k rozvoji ortorexie také potravinové alergie (Missbach et al., 2015) nebo přítomnost poruchy příjmu potravy v anamnéze (Barnes & Caltabiano, 2017; Kinzl, 2006). Obě tyto kategorie byly v našem výzkumném souboru nedostatečně zastoupeny, PPP 21 (10,3 %) respondentů a potravinové alergie 32 (15,7 %). Z tohoto důvodu jsme se je rozhodli z analýzy vynechat.

Výsledky doplňkové kvalitativní analýzy byly na základě vzniklých kategorií rozčleněny do pěti širších oblastí, které se vztahovaly k podstatným charakteristikám ortorexie, obsedantně – kompulzivním rysům nebo sportovní aktivitě.

První nadřazenou kategorií byl *zdravý životní styl*. Respondenti kladli velký důraz na zdravotní přínosy kvalitní stravy a zároveň vyhýbání se té „nezdravé“. Uvedenou širokou škálu každodenních aktivit a dbají na kvalitní stravu považují za nebytnou součást upevnění zdraví a zároveň jako prevenci onemocnění.

Druhou skupinu jsme sjednotili označením *rituály*. Ritualizované chování je spojujícím znakem ON a OCD. Respondenti uvedli různé formy jednání, které provádějí za účelem domnělého zlepšení svého zdraví. Ze získaných výpovědí vystupuje ve spojení s rituály silná potřeba kontroly, kterou v případě vynechání doprovází nepříjemné emoce v čele s úzkostí a pocity viny. Tyto údaje jsou ve shodě s rysy, kterými se vyznačuje ortorexie i obsedantně - kompulzivní porucha (Dunn a Bratman 2016; Cena et al., 2019; Penzel, 2017).

Na téma rituálů postupně navazuje třetí skupina nazvaná *negativní emoce*. Ve výpovědích respondentů jsme zaregistrovali celou řadu nepříjemných pocitů, které jim znesnadňují každodenní aktivity. Tyto emoce vznikají spolu s obsesivními myšlenkami nebo s nesplněním rituálu a jedinci se jim snaží přecházet formou vyhýbavého chování. Tento mechanismus je také možné nalézt u obou onemocnění (Varga et al., 2013; Scarff, 2017), což tedy svědčí o jejich vzájemném propojení.

Čtvrtá kapitola sdružovala *dopady zdravého životního stylu*. Rozbor výpovědí ukázal široké spektrum potíží, které sebou tato problematika může přinášet. Pro lepší orientaci jsme je rozdělili do tří kategorií: *zdravotní*, které mají bezprostřední dopad na fyzické fungování jedince, *sociální*, které zahrnovaly konflikty s okolím, *sociální zdrženlivost*, která v krajním případě může směřovat až k sociální izolaci a *kognitivní*, na jejichž úrovni se jako nejproblematictější jeví nutkavé myšlenky. U našich respondentů jsme zaznamenali snahu tyto nepříjemné myšlenky redukovat a ovládat. Toto ego – syntonní vnímání tíživých myšlenek je typické pro OCD, naopak Bratmann (2000) předpokládá, že ortorektikovi přinášejí uspokojení, a tak je hodnotí ego – dystonně. Lze tedy říci, že z tohoto pohledu jsme u našich respondentů neregistrovali typické ortorektické smýšlení.

Bratmann (2000) se domnívá, že primárním cílem ortorektiků není snaha o snížení tělesné hmotnosti. V tomto ohledu jsme ale postřehli rozpor, neboť všichni naši respondenti vypověděli, že jejich původním cílem při stanovení pravidel ohledně zdravého stravování byla redukce tělesné hmotnosti. Tato skutečnost svědčí více o propojení ON s poruchami příjmu potravy. Na druhou stranu soudobé studie již považují snížení hmotnosti za projev ortoretického chování (Barthels et al. 2015).

Poslední zformulovanou kategorií je *sport*. Velké množství autorů apeluje na to, aby nadměrná sportovní aktivita byla považována za jeden z typických rysů ortorexie (Malmborg et al. 2018; Kiss–Leizer, Toth–Király a Rigo 2019; Segura-Garcia et al. 2012). Téma sportu zaujímalo velkou část rozhovorů. Na jedné straně byl vnímán jako protektivní faktor podporující zdraví, ale na druhé straně jako zdroj výčitek, strachu a dalších negativních emocí. V rozhovorech jsme analyzovali, jaké pocity u respondentů převládají při vynechání tréninku a získané odpovědi směřovaly spíše k negativním pocitům (výčitky, vztek, strach). U lidí, kteří mají vyšší frekvenci tréninků lze předpokládat, že budou více ctižádostiví a pod tíhou, kterou si na sebe naložili, tudíž mohou více inklinovat

k obsedantním rysům. Lze tedy předpokládat, že v souladu s výsledky kvantitativní analýzy dojde k vyššímu výskytu obsedantně – kompulzivních projevů při vyšší frekvenci tréninků.

9.1 Limity práce a doporučení pro další výzkumy

V této podkapitole se zaměříme na možné limity a zkreslení výzkumu a v závěru se pokusíme nastínit možné budoucí směřování v rámci této problematiky.

Za primární problém považujeme samotný koncept mentální ortorexie, který doposud postrádá jasně vymezená diagnostická kritéria. Tento nedostatek se promítá též do nástroje pro měření ON, v současnosti nejvíce používaný nástroj ORTO - 15, který je známý nejasnostmi ohledně psychometrických vlastností, omezeným využitím v rámci kulturních oblastí a také neshodou tykající se hraničního skóre. Rovněž široká prevalence ortorexie (6,9 % - 81,8 %) je známkou nedostatku tohoto konstruktů.

Dalším limitujícím faktorem může být i výběr výzkumného vzorku, kdy dotazníky byly distribuovány skrze sociální síť nebo pracovníky recepcí ve fitness centrech. Výzkumný soubor tedy vznikl pomocí nenáhodného samovýběru a techniky sněhové koule. Respondenti byli k vyplnění testové baterie motivováni, přesto ale nemůžeme zaručit, že splnili požadovaná kritéria k přijetí do výzkumného souboru (návštěva fitness center minimálně jednou týdně), i když na ně byli několikrát upozorněni. Dalším záporným bodem byla nemožnost respondentů se bezprostředně doptat na případné nejasnosti při administraci. Oba dotazníky byly autorkou přeloženy z anglického jazyka z důvodu srozumitelnosti položek, byla tedy provedena pilotní studie. Ani ta však nemusela zajistit, aby všichni účastníci porozuměli všem položkám dotazníku.

Ve fitness centrech byl ponechán box, do kterého jedinci mohli vhazovat vyplněné dotazníky. Tento způsob stejně jako u vyplňování dotazníku přes internet zabezpečoval anonymitu a také eliminoval zkreslení samotným administrátorem. ORTO - 15 i OCI jsou sebesupozovací dotazníky. Obě metody jsou závislé na schopnosti introspekce a vstřícnosti respondentů hodnotit položky pravdivě. Nemůžeme vyloučit snahu jedinců zkreslit výpovědi za mnohdy i nevědomým účelem jevit se v „lepší světlo“. Také jsme si vědomi, že testová baterie se skládala z poměrně vysokého množství položek, jejichž vyplnění se pohybovalo v rozmezí 15 – 25 minut. Nemůžeme posoudit, v jakém prostředí nebo čase byly

dotazníky vyplněny, tudíž zda respondenti neodpovídali na otázky rychle na úkor pravdivosti, či zda na ně nepůsobily jiné rušivé faktory.

Testovou baterii vyplnilo 205 respondentů, po ukončení sběru dotazníků následovala fáze čištění dat. V tomto procesu byli z výzkumného vzorku vyloučeni dva respondenti z důvodu vynechání několika položek. Pozitivně hodnotíme vyrovnanost respondentů dle pohlaví (ženy = 99; muži = 104). Konečný soubor tvořilo 203 respondentů, toto množství hodnotíme jako dostačující pro účely naší diplomové práce, neboť se jedná o relativně úzkou část populace.

Provedená korelační analýza společně s analýzou rozptylů jistě není dostačující nástroj, aby pokryla další faktory, které mohou vstupovat do vztahu mezi ortorexií a projevy obsedantně-kompulzivní poruchy. Jistě by byly přínosné další studie, které zahrnou více faktorů na větším souboru respondentů, to by mohlo zajistit více obecné závěry s možností upravit nejasná diagnostická kritéria. Stále nebylo realizováno mnoho výzkumů, které by se soustředily na relaci ortorexie a obsedantně – kompulzivní poruchy. Jestliže pak tyto výzkumy existují, jsou většinou zaměřeny na rizikové skupiny, avšak na sportovce se nám podařilo dohledat pouze jedinou, z toho důvodu bylo obtížné naše výsledky srovnávat. Vedle ohrožených skupin chybí probádat i obecnou populaci, která má také svá specifika. Oba dotazníky použité v této práci nejsou v České republice standardizovány, což znemožňuje porovnání našich výsledků s normami pro naši populaci.

Doplňková kvalitativní část výzkumu zahrnovala rozhovor konstruovaný autorkou práce. Otázky využitě v rozhovoru navazovaly na výsledky kvantitativního výzkumu (ORTO - 15 a OCI) v kombinaci s údaji, které získali autoři Cheshire, Berry a Fixsen (2020) ve své kvalitativní studii, zabývající se projevy ortorexie. Ačkoliv jsme se snažili dodržet doporučení k tvorbě rozhovoru a pravidel pro zpracování získaného materiálu, nejedná se o standardizovanou metodu, která by splňovala potřebné psychometrické vlastnosti. Rozhovor se skládal ze sedmi základních otázek včetně několika podotázek. Avšak proto, že byla zvolena polostrukturovanou formu interview, jsem ho v průběhu dle potřeby doplňovala dalšími dotazy. Otázky byly otevřené, široké a časově neomezené, tudíž měli respondenti dostatečný prostor pro vyjádření svých stanovisek. Dotazy jsme se pokusili zkonstruovat tak, aby postihovaly problematická místa zkoumaných fenoménů a zároveň, aby nebyly přespříliš časově náročné. Jak bylo zmíněno výše, kvalitativní analýza nebyla

primárním cílem této diplomové práce, ale pouze dokreslením obrazu ortorexie a obsedantně – kompulzivních projevů z pohledu několika respondentů.

Možná zkreslení výsledku v této části práci vycházejí ze samotné charakteristiky kvalitativní studie. Kromě nestandardizované metody může být limitem i samotný výzkumník, který může nevědomě svým vystupováním ovlivnit odpovědi respondentů, nebo je nesprávně interpretovat. Výzkumné šetření bylo realizováno pouze na malé skupině respondentů, důvodem byla jejich špatná dostupnost, ale také časová náročnost, kterou kvalitativní přístup vyžaduje.

Ani v případě rozhovoru nemůžeme zaručit, že respondenti odpovídali pravdivě. Za další slabinu rozhovoru považujeme jeho průhlednost, ikdyž jsem před začátkem rozhovoru zdůraznila anonymitu a požádala je o upřímné odpovědi. Bratman (2000) předpokládá, že ortorektici nemají snahu své stravovací způsoby skrývat. To však nemusí platit i v případě negativních faktorů, jakými jsou vtíravé myšlenky, sociální izolace atd. Naopak u rysů obsedantně-kompulzivní poruchy je možné očekávat snahu jedince tyto projevy skrývat, protože je sám chápe jako nežádoucí (Praško, 2019). Současně nemůžeme vyloučit ani fenomén opačný, tedy že někteří respondenti záměrně či nevědomě zveličovali své projevy.

Závěrem je nutné podotknout, že ačkoliv byly odpovědi respondentů rozmanité, v hlavních myšlenkách se shodovaly. Přesto údaje získané kvalitativní cestou je vhodné dále ověřit pomocí kvantitativní analýzy.

Se stoupajícím zájmem o zdravý způsob života ruku v ruce stoupá také počet jedinců, kteří překročí pomyslnou patologickou hranici a kterým tento způsob bytí přináší více škody než užitku. Navzdory všem výše zmíněným limitům věříme, že tato diplomová práce se může stát přínosnou z hlediska informovanosti o této problematice, rovněž díky doplňkovým rozhovorům umožní více specifikovat postoje, jednání a myšlenky vybraných jedinců s ortorektickými a obsedantně-kompulzivními projevy. Stejně tak by mohla přispět k rozlousknutí příslušnosti ortorexie k PPP či OCD. Námětem k budoucímu výzkumu by mohlo být zjišťování prevalence ortorexie nejen u rizikových skupin, ale i u obecné populace. Dalším zajímavým tématem by mohl být vztah ortorexie a úzkostí vzhledem k silné potřebě kontroly, nebo též její vztah se subjektivní percepcí vlastní fyzické atraktivity. Co však považujeme za nezbytně nutné, je zkvalitnění výzkumného nástroje k měření ON, tento krok by mohl přispět i k upřesnění diagnostických kritérií. A konečně

věříme, že v budoucnu bude realizováno více kvalitativně orientovaných studií, které by se mohly stát zdrojem nových a zajímavých informací.

Závěr

Tato diplomová práce se pokusila o co nejkomplexnější zachycení souvislostí ortorexie a projevů obsedantně – kompulzivní poruchy. V literárně přehledové části byla nastíněna diagnostická kritéria, rizikové faktory ovlivňující rozvoj, nástroje měření, metody vhodné k léčbě obou diagnóz a také snaha integrovat stávající poznatky do vzájemných souvislostí. Cílem teoretické části bylo seznámit čtenáře v souhrnné formě s dosavadními poznatky o ON a OCD. Poslední kapitola pak byla věnována specifickým projevům vyskytující se u sportovců. Tito jedinci jsou z hlediska zaujetí vlastním vzhledem a tělesným zdravím vnímáni jako ohrožená skupina. Důraz byl také kladen na odlišení ortorektiků od lidí, kteří sice vyznávají pravidla zdravého životního stylu, ale symptomy ortorexie nenaplnují, a proto by bylo chybou je z ortorexie obviňovat.

Na základě provedené pojmové a teoretické analýzy obou fenoménů byl realizován výzkum na vzorku aktivních návštěvníků fitness center. Výzkumný design se skládal primárně z kvantitativní analýzy, ve které byly využity dvě dotazníkové metody: ORTO - 15 a OCI. Testová baterie byla doplněna o sociodemografické a další položky vztahující se k dané problematice.

V empirické části práce jsme dospěli k následujícím zjištěním. Výsledky prokázaly vztah mezi výskytem ortorektického chování a projevy OCD. Stejně tak byla nalezena souvislost mezi ortorexií a škálou Obsese a Kontrolování z použitého dotazníku OCI. Dále jsme se zaměřili na vztah ortorexie vzhledem k frekvencí tréninků. V tomto případě jsme nenalezli dostatek důkazů pro potvrzení souvislostí. Naopak výsledky potvrdily existenci vztahu mezi frekvencí tréninků a množstvím projevů OCD. Největší rozdíl byl zaznamenán mezi skupinami, které navštěvovaly fitness centra 1 - 2x týdně a 5 a vícekrát týdně.

Dílčím cílem bylo zjistit, zda se výskyt ortorexie významně liší z hlediska pohlaví. Na podkladě získaných dat můžeme konstatovat, že v našem výzkumném souboru se míra ortorexie u žen a u mužů neliší. Posledním cílem bylo ověřit, jestli má alternativní způsob stravování vliv na vyšší hodnoty v dotazníku ORTO - 15. Ani v tomto případě nám analýza rozptylů neukázala statisticky významný vztah.

Výzkumný design jsme doplnili o kvalitativní přístup, v jehož rámci jsme s vybranými respondenty uskutečnili polostrukturovaný rozhovor vlastní konstrukce. Tato analýza nám poskytla konkrétní příklady projevů ortorexie a obsedantně – kompulzivních

projevů u vybraných jedinců. Přestože byly zkušenosti respondentů rozdílné, v hlavních tématech se i přesto shodovaly.

Za přínos lze považovat také zvýšení povědomí o problematice u fitness trenérů nutričních terapeutů a všech, kteří se zdravým životním stylem zabývají a také jejich edukaci v tomto směru. Domníváme se, že tento koncept je vhodný k dalšímu zkoumání, a to jak u ohrožených skupin, tak i celkové prevalenci v populaci. Za krajně důležité považujeme standardizování diagnostického nástroje stejně jako pevné stanovení diagnostických kritérií, na které by v ideálním případě mohly navázat terapeutické programy zaměřené výhradně na ortorektické pacienty.

Seznam použité literatury

- Abrahamowitz, J., (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Consult Clin Psychol*, 65, 44–52.
- Abramowitz, J., & Arch, J. (2014). Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: Insights from learning theory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 20–31.
- Altman, S. E., & Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive–Compulsive disorder and eating disorders? *Clinical Psychology Review*, 29(7), 638–646.
- Almeida, C., Vieira Borba, V., & Santos, L. (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 443–451.
- Alonso, P, Cuadras, D, Gabriëls L., (Eds). (2015). Deep Brain Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis of Treatment Outcome and Predictors of Response. *PLoS One*, 10(7).
- Ahmad, A., Rotherham, N., & Talwar, D. (2015). Muscle dysmorphia: one in 10 men in gyms believed to have ‘bigorexia’. BBC Newsbeat.
- Ahn, J., Lee, J.-H., & Jung, Y.-C. (2018). Predictors of Suicide Attempts in Individuals with Eating Disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49(3), 789-797.
- Akyurek, G., Sezer. K. S., Kaya, L., & Temucin, K., (2019). Stigma in Obsessive Compulsive Disorder, *Anxiety Disorders – From Childhood to Adulthood*, Neşe Kocabaşoğlu and R. Hülya Bingöl Çağlayan, IntechOpen. Dostupné: <https://www.intechopen.com/books/anxiety-disorders-from-childhood-to-adulthood/stigma-in-obsessive-compulsive-disorder>
- Asil, E., & Surucuoglu, M. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*, 54, 303–313.
- Arnold, P. D., Askland, K. D., Barlassina, C., Bellodi, L., Bienvenu, O. J., Black, D., ... Camarena, B. (2017). Revealing the complex genetic architecture of obsessive–compulsive disorder using meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 23(5), 1181–1188.

- Barnes, M. A., & Caltabiano, M. L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders*, 22, 177–184.
- Barthels F., Meyer F., & Pietrowsky R. (2018). Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(2), 159–166.
- Barthels, F., Meyer F., & Pietrowsky R. (2015). Orthorexic eating behavior: A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau*, 62(10), 156–161.
- Barthels, F., Meyer F., & Pietrowsky R. (2015). Orthorexic eating behavior: A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau*, 62(10), 156–161.
- Barthles, F. Barrada J. & Roncero, M. (2019). Orthorexia nervosa and healthy orthorexia as new eating styles. PsyArXiv.
- Bartrina J., (2007). Ortorexia o la obsesión por la dieta saludable [Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession]. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 57(4),313–315.
- Brander, G., Pérez-Vigil, A., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: A proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 65, 36–62.
- Bo, S., Zoccali R, Ponzo V. (Eds). (2014). University courses, eating problems and muscle dysmorphia: are there any associations? *J Transl Med*. 12(221), 2-8.
- Bóna, E., Szél, Z., Kiss, D. & Gyarmathy, V. (2018). An unhealthy health behavior: analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees. *Eat Weight Disorders*, 24, 13–20.
- Bozorgmehr, A., Ghadirivasfi, M., & Shahsavand Ananloo, E. (2017). Obsessive–compulsive disorder, which genes? Which functions? Which pathways? An integrated holistic view regarding OCD and its complex genetic etiology. *Journal of Neurogenetics*, 31(3), 153–160.

Brander, G., Rydell, M., Kuja-Halkola, R., Fernández de la Cruz, L., Lichtenstein, P., Serlachius, E., ... Mataix-Cols, D. (2016). Association of Perinatal Risk Factors With Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1135.

Bratman, S., & Knight D. (2000). *Health Food Junkies*. New York: Broadway Books.

Bratman, S. (2017). The Authorized Bratman Orthorexia Self-Test. [online].[cit. 2020-06-09]. Dostupné z: <http://www.orthorexia.com/the-authorized-bratmanorthorexia-self-test/#comments>

Bratman S. (2020). The Authorized Bratman Orthorexia Self – Test [online]. [cit. 2020-08-20]. Dostupné z: <http://www.orthorexia.com/the-authorized-bratman-orthorexiaself-test/>

Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., (Eds). (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive–compulsive disorder (OCD). An international FFFcollaboration. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 79–86.

Browne, H. A., Gair, S. L., Scharf, J. M., & Grice, D. E. (2014). Genetics of Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 37(3), 319–335.

Brytek-Matera, A. (2012) Orthorexia nervosa-an eating disorder, obsessive–compulsive disorder or disturbed eating habit? *Arch Psychiatry Psychother* 1, 55–60.

Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive- -compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 1, 55–60.

Brytek-Matera, A., Donini, L.M., Krupa, M. et al (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *J Eat Disord* 3, 2.

Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K. & Neymann Moris, M. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite*, 101, 86-94.

Cavallini, M.C., Bertelli, S., Chiapparino, D., Riboldi, S. and Bellodi, L. (2000) Complex segregation analysis of obsessive-compulsive disorder in 141 families of eating disorder probands, with and without obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 96, 384-391.

- De Mathis, M. A., Diniz, J. B., Hounie, A. G., Shavitt, R. G., Fossaluza, V., Ferrão, Y. (Eds). (2013). Trajectory in obsessive-compulsive disorder comorbidities. *European Neuropsychopharmacology*, 23(7), 594–601.
- De Silva, P. (2003). Obsessions, ruminations and covert compulsions. In R. G. Menzies & P. de Silva (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (195-208). Chichester, UK: John Wiley.
- Denys, D., van Der Wee, N., van Megen, H.J., & Westenberg, H.G.M. (2003). A double blind comparison of venlafaxine and paroxetine in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 23(6):568-575.
- Dishman, R. K., & O'Connor, P. J. (2009). Lessons in exercise neurobiology: The case of endorphins. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 4–9.
- Dunn, T., Gibbs, J., & Whitney N, Starosta A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1 %: data from a US sample. *Eat Weight Disord*. 22(1),185–92.
- Durna, G., Yorulmaz, O., & Aktaç, A. (2019). Public stigma of obsessive compulsive disorder and schizophrenic disorder: Is there really any difference? *Psychiatry Research*, 271, 559–564.
- Duran, S., Çiçekoğlu, P., & Kaya, E. (2020). *Relationship between orthorexia nervosa, muscle dysmorphic disorder (bigorexia), and self-confidence levels in male students. Perspectives in Psychiatric Care*. 1-7.
- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn T, Varga, M., Missbach, B., Donini L., (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eat Weight Disord*, 24(2):209–46.
- Clifford, T., & Blyth, C. (2019). A pilot study comparing the prevalence of orthorexia nervosa in regular students and those in University sports teams. *Eat Weight Disorders*, 24, 473–480.
- Costa C. B., Harda-Khalil K., & Gibbs, K. (2019). Orthorexia nervosa and obsessive-compulsive behavior among college students in the United States. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(2), 67-75.

- Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Weiss, B. D. (2013). The public's knowledge and beliefs about obsessive compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 30, 778–785.
- Eriksson L., Baigi A., Marklund B., & Lindgren E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scand J Med Sci Sports*, 18(3), 389-394.
- Fewell, L. K., Nickols, R., Schlitzer Tierney, A., & Levinson, C. A. (2018). Eating Disorders in Sport: Comparing Eating Disorder Symptomatology in Athletes and Non-Athletes During Intensive Eating Disorder Treatment, *Journal of Clinical Sport Psychology*, 12(4), 578-594.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391–401.
- Fidan, T. (Eds). (2010). Prevalence of Orthorexia Among Medical Students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatr.* 51(1) 49-54.
- Foa, E., & Steketee, G., (1979). Obsessive-compulsives: conceptual issues and treatment interventions. In: Hersen RM (ed): Progress in behaviour modification. *Academic Press, New York*. 1–53.
- Freeman, J., Garcia, A., Benito, K., Conelea, C. Sapyta J., khama, M. ...Franklin, M. (2012). The pediatric obsessive compulsive disorder treatment study for young children (POTS jr): Developmental considerations in the rationale design, and methods. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 294-300.
- Getz, L. (2009). Orthorexia: When eating healthy becomes an unhealthy obsession *Today's Dietitian*, 11 (6), 40.
- Gezer C. & Kabaran S. (2013). The risk of orthorexia nervosa for female students studying nutrition and dietetics. *S.D.Ü Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt*, 4(1), 14-22.
- Glazier, K., Wetterneck, C., Singh, S., & Williams, M. (2015). Stigma and shame as barriers to treatment for obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Depression & Anxiety*, 4, 191–195.

- Goodman, W., Price L., Rasmussen S., Mazure C, (Eds). (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. *Development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry.* 46(11): 1006–1011.
- Goodwin, H., Haycraft, E., Willis, A. & Meyer, C. (2011). Compulsive exercise: The role of personality, psychological morbidity, and disordered eating. *Eating Disorders*, 44(7), 655-660.
- Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive–compulsive symptom dimensions and obsessive–compulsive disorder. *Psychological medicine*, 41(12), 2495-2506.
- Cheshire, A., Berry, M., & Fixsen, A. (2020). What are the key features of orthorexia nervosa and influences on its development? A qualitative investigation. *Appetite*, 155, 104798.
- Håman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, EC. (2015) Orthorexia nervosa: an integrative literature review of a lifestyle syndrome. *J Qual Stud Health Well Being*, 14(10).
- Hartl, T. L., Duffany, S. R., Allen, G. J., Steketee, G., & Frost, R. O. (2005). Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(2), 269-276.
- Hendl, J. (2010). Kvalitativní výzkum v pedagogice. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu.
- Hollander, E., & Simeon, D. (2009). Anxiety disorders. In: J.A., Bourgeois, R.E., Hales, J., Young, & S.C., Yudofsky, (eds): Board Review Guide for Psychiatry. American Psychiatry Publishing.
- Homonoff, Z., & Sciutto, M. J. (2019). The effects of obsession type and diagnostic label on OCD stigma. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23, 1-7.
- Jacoby, R. J., Leonard, R. C. Riemann, B. C. & Abramowitz, J. Z. (2014). Predictors of quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 55(5), 1195-1202.

- Joy, E., Kussma, A., & Nattiv, A. (2016). Update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *Br. J. Sports Med*, 50, 154–162.
- Kinzl, J. F., Hauer, K., Traweger, C., & Kiefer, I. (2006). Orthorexia nervosa in dieticians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 395–396.
- Kempke, S., & Luyten, P. (2007). Psychodynamic and cognitive–behavioral approaches of obsessive–compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(4), 291–311.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385.
- Kovaříková, K. (2017). *Aerobik a fitness*. Praha: Univerzita Karlova.
- Koven, N., & Senbonmatsu, R. (2015). Neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa. *Open J Psychiatry*, 3, 214–222.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385–394.
- Korinth A., Schiess S, & Westenhoefer J. (2010). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences, *Health Nutr*, 13, 32–7.
- Luck-Sikorski C, Jung F, Schlosser K, & Riedel-Heller S. (2019). Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eat Weight Disord* 24(2):267–73.
- de Barros, P., Rosário, M. C., Szejko, N., Polga, N., Requena, G. de L., Ravagnani, B., ... de Alvarenga, P. G. (2020). Risk factors for obsessive–compulsive symptoms. *Follow-up of a community-based youth cohort. European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Malmberg, J., Bremander, A., Olsson, MC., & Bergman, S. (2017). Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: a comparison between exercise science students and business students. *Appetite* 109, 137–143.

- Mahjani, B., Klei, L., Hultman, C. M., Larsson, H., Devlin, B., Buxbaum, J. D., ... Grice, D. E. (2020). Maternal effects as causes of risk for obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry* 87(12), 1045-1051.
- Martinsen, M., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Sports Exerc*, 45(6), 1188–1197.
- Mathiu, J. (2005) What Is Orthorexia? *Journal of the American Dietetic Association*, 105, (10), 1510-1512.
- Mcinerney-Ernst E. (2011). Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend? *A Dissertation in Psychology*. Kansas City, Missouri.
- Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H., & Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. *Eur. Eat Disord. Rev*, 19, 174–189.
- Meier, M., Kossakowski, J. J., Jones, P. J., Kay, B., Riemann, B. C., & McNally, R. J. (2019). Obsessive–compulsive symptoms in eating disorders: A network investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3). 362-371.
- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I., & Hantouche, E. G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive–compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, 79, 241-246.
- Missbach B., Hinterbuchinger B., Dreiseitl V., Zellhofer S., Kurz C., & König J. (2015). When Eating Right, Is Measured Wrong! A Validation and Critical Examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. *PLoS ONE*, 10(8), 1–15.
- Missbach, B., Dunn, T. M., & König, J. S. (2017). We need new tools to assess Orthorexia Nervosa. A commentary on “Prevalence of Orthorexia Nervosa among College Students Based on Bratman’s Test and Associated Tendencies.” *Appetite*, 108, 521–524.
- Moroze, R., Dunn T., Holland J., Yager J., & Weintraub P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403.
- Murray, S., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J. Boon, E. (Eds). (2012). A comparison of eating, exercise shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9(2), 193-200.

Nevin, S. & Vartanian, L. (2017). The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *J Eat Disord* 5, 37.

Neziroglu, F. (2017). The relationship between eating disorders and OCD part of the spectrum. *International OCD Foundation*. Dostupné: <https://iocdf.org/expert-opinions/expert-opinion-on-eating-disorders-and-ocd/>

Nielsen, S., Møller-Madsen, S., Isager, T. (Eds). (1998). Standardized mortality in eating disorders—a quantitative summary of previously published and new evidence. *J Psychosom Res*, 44(3–4), 413–434.

Oberle, C. D., Watkins, R. S., & Burkot, A. J. (2018). Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(1), 67–74.

Ocisková, M., Sedláčková, Z., Praško, J., Černá, M., Jelenová, D., Kamarádová, D., Mainerová, B., & Látalová, K. (2014). Stigmatizace u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110(2), 82-87.

Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(5), 254-259.

Öst, L., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G., (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clin Psychol Rev*, 40, 156–69.

Özenagulu, A. & Ünal, G. (2016) The effect of self-esteem and incidence of orthorexia nervosa among university students of health education. *J Int Res Med Pharm Sci* 6(4), 173–182.

Pešek, R., Praško, J. & Štítek, P. (2013). Kognitivně behaviorální terapie v praxi: pro terapeutu, studenty a poučené laiky. Praha: Portál.

Pidrman, V. (1999). Obsedantně kompulzivní porucha: příručka pro lékaře. Praha: Galén.

Pittenger, Ch. (2017). *Obsessive-Compulsive Disorder: Phenomenology, Pathophysiology, and Treatment*. Oxford University Press, New York.

- Pittenger, C. (2017). The neurobiology of tic disorders and obsessive-compulsive disorder: human and animal models. *Neurobiol Ment Illn*, 5.
- Praško, J., Pašková, B., Prašková, H., Šlepecký, M., & Záleský, R., (2003). *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: příručka pro klienta a jeho rodinu*. Praha: Portál.
- Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- Praško, J., Prašková, H., Raszka, M., & Kopřivová, J. (2008). Obsedantně kompulzivní porucha a její léčba. *Med. praxi*, 5(1), 33-38.
- Pope, H. G., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R., (2000), Body image perception among men in three countries, *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301.
- Poyra, C., et. al. (2015). Relationship between Orthorexia and Obsessive-Compulsive Symptoms in Patients with Generalised Anxiety Disorder, Panic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *Kısa Araştırma Raporu* 53(4).
- Real, E., Labad, J., Alonso, P., Segalàs, C., Jiménez-Murcia, S., Bueno, B., ... & Menchón, J. M. (2011). Stressful life events at onset of obsessive-compulsive disorder are associated with a distinct clinical pattern. *Depression and anxiety*, 28(5), 367-376.
- Rudolph, S. (2017). The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23, 581-586.
- Quiland, K. (2012). Orthorexia: Where Eating Disorders Meet OCD – Part 2. [online]. Dostupné z: <http://ocdla.com/orthorexia-eatingdisorders-ocd-2-1981>
- Sallet, P., De Alvarenga, P., Ferrao, Y., De Mathis, M., Torres, A., Marques, A., ... Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 315–325.
- Scarff, J. (2017). Orthorexia Nervosa: an obsession with healthy eating. *Fed Pract*, 34(6), 36-39.

- Shapiro J., Pisetsky E., Crenshaw W., Spainhour S., Hamer R., Dymek-Valentine M., & Bulik C., (2008) Exploratory study to decrease postprandial anxiety: just relax! *J Eat Disord.* 41(8), 728–733.
- Segura, A., Castell, E., Baeza, M., & Guillén, V. (2015). Evaluation of gym user's diet with muscle dysmorphia (Bigorexia). *Nutr. Hosp.* 2015; 32(1), 324- 329.
- Schwartzman, C. M., Boisseau, C. L. Sibriva, N. L. Mancebo, M. C. Eisen, J. L., ...Rasmussen, S.A. (2017). Symptom subtype and quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Reserach*, 249, 307-310.
- Sinopoli, V. M., Burton, C. L., Kronenberg, S., & Arnold, P. D. (2017). A review of the role of serotonin system genes in obsessive-compulsive disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 372–381.
- Simpson, C. C., & Mazzeo, S. E. (2017). Attitudes toward orthorexia nervosa relative to DSM -5 eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 781–792.
- Soomro, G. M., Altman, D. G., Rajagopal, S., & Oakley Browne, M. (2008). Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Stackeová, D. (2008). *Fitness programy – teorie a praxe: metodika cvičení ve fitness centrech*. Praha, Galén.
- Švaříček, R. & Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Stopková, P. (2017). Nové trendy v léčbě obsedantně-kompulzivní poruchy. *Psychiatr. Praxi*. 18(3): 114-119.
- Szotkowska, J. (2016). Bigorexie (dysmorfofobie, muskulární dysmorfie, Adonisův komplex) – příznaky, projevy, symptomy [online]. cit. 2020-08-18. Dostupné z <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/bigorexiedysmorfofobie-muskularni-dysmorfie-adonisuv-komplex-priznaky-projevysymptomy>
- Švaříček, R. & Šed'ová, K., et al. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

- Taylor, S. (2013). Molecular genetics of obsessive–compulsive disorder: a comprehensive meta-analysis of genetic association studies. *Molecular psychiatry*, 18(7), 799.
- Theiner, P. (2014). Obsedantně-kompulzivní porucha v dětství: Obsessive-compulsive disorder in childhood. *Pediatric pro praxi*, 15(1), 25-27.
- Torres, A. R., Ramos-Cerqueira, A., Ferrão, Y. A., Fontenelle, L. F., Do Rosário, M.C., & Miguel, E. C. (2011). Suicidality in obsessive- compulsive disorder: Prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 17.
- Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L., & McAdams, C. J. (2017). Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in registered dietitian nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117, 1612–1617.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F. & Van Furth, E. (2013) Erratum to: Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eating and weight disorders*, 18(2), 113.
- Valera, J. H., Ruiz, P. A., Valdespino, B. R. & Visioli, F. (2014). Prevalence ON among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eat Weight Disorder*, 19(4), 469-72.
- Vidal-Ribas, P., Stringaris, A., Rück, C., Serlachius, E., & Licht Chou, K. (2012). Childhood sexual abuse and psychiatric disorders in middle-aged and older adults: evidence from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(11), e1365-71.
- Vrabel, K., & Bratland-Sanda, S. (2019). Exercise Obsession and Compulsion in Adults With Longstanding Eating Disorders: Validation of the Norwegian Version of the Compulsive Exercise Test. *Front. Psychol.* 10, 2370.
- Vyskocilova, J., & Prasko, J. (2016). Cognitive behavioral therapy in pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 33, S203.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., & Hale, L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessivecompulsive disorder. *Behaviour Research And Therapy*, 48(10), 949-954.
- Wu, K. D., Clark, L. A., & Watson, D. (2006). Relations between Obsessive–Compulsive Disorder and personality: Beyond Axis I–Axis II comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(6), 695–717.

Xu, C., Cao, H., & Liu, D. (2019). Integrative analysis of shared genetic pathogenesis by obsessive-compulsive and eating disorders. *Molecular Medicine Reports*, 19, 1761-1766.

Young, S., (Eds.). (2016). Validity of Exercise Measures in Adults with Anorexia Nervosa: The EDE, Compulsive Exercise Test and Other Self-Report Scales. *International Journal of Eating Disorders*. 50(5), 533-541.

Seznam grafů

Graf 1: Zastoupení mužů a žen	65
Graf 2: Zastoupení preferovaného způsobu stravování	66
Graf 3: Potravinové alergie vyskytující se ve výzkumném vzorku	67
Graf 4: Zastoupení poruch příjmu potravy ve výzkumném vzorku	68
Graf 5: Frekvence návštěv fitness center ve výzkumném vzorku	68
Graf 6: ORTO - 15 (hraniční hodnota 40 bodů)	71
Graf 7: ORTO - 15 (hraniční hodnota 35 bodů)	71
Graf 8: OCI (hraniční hodnota 42 bodů)	74
Graf 9: Bodový diagram znázorňující korelace OCI a ORTO - 15	75
Graf 10: Krabicový graf znázorňující frekvenci tréninků a skóre ORTO - 15	77
Graf 11: Krabicový graf znázorňující frekvenci tréninků a skóre OCI	78

Seznam tabulek

Tabulka 1: Zastoupení výzkumného vzorku kvalitativního výzkumu.....	69
Tabulka 2: Výsledky dotazníku ORTO - 15	72
Tabulka 3: Test reliability OCI	73
Tabulka 4: Výsledky dotazníku ORTO - 15	74
Tabulka 5: Korelace škál dotazníku OCI a dotazníku ORTO - 15	76

Seznam obrázků

Obrázek 1.....	23
----------------	----

Seznam zkratk:

AN	Anorexia nervosa
atd.	a tak dále
BN	Bulimia nervosa
KBT	Kognitivně – behaviorální terapie
OCD	Obsedantně – kompulzivní porucha
ON	Ortorexie nervosa
tzv.	tak zvané
viz	to znamená

Seznam příloh

Příloha 1: Úvodní sdělení	119
Příloha 2: Informovaný souhlas, demografické údaje a osobní dotazník.....	120
Příloha 3: ORTO - 15, přeložená verze	121
Příloha 4 : Obsessive – Compulsive Inventory, přeložená verze.....	122

Příloha 1: Úvodní sdělení

Dobrý den, milí respondenti,

mé jméno je Ivona Fiurášková a jsem studentkou oboru psychologie Univerzity Karlovy v Praze. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dvou dotazníků, které jsou podkladem pro mou diplomovou práci s názvem „Souvislost ortorexie nervosa a projevů OCD u sportovců“. Informace získané z dotazníku použiji v rámci praktické části této práce. Vyplnění dotazníků Vám zabere přibližně 10-15 minut.

Spolupráce na výzkumu je zcela dobrovolná a anonymní. Vámi vyplněné dotazníky budou užity výhradně pro účely diplomové práce. S veškerými daty bude manipulováno dle zákona o č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.

Dovoluji si Vás také požádat o co nejpřesnější vyplnění dotazníku, jestliže budete mít jakékoliv dotazy, neváhejte mě kontaktovat na emailové adrese iwu.fiuraskova@seznam.cz.

Předem velice děkuji za Váš čas, který mému výzkumu věnujete.

S pozdravem

Bc. Ivona Fiurášková

Příloha 2: Informovaný souhlas, demografické údaje a osobní dotazník

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Prohlašuji a níže uvedeným podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výzkumu zabývající se vztahem ortorexie nervosa a obsedantně – kompulzivní poruchy. Byl/a jsem poučena o záměru tohoto projektu, který je realizován v rámci diplomové práce Bc. Ivony Fiuráškové. Byl/a jsem informována, že mohl kdykoliv v průběhu odstoupit. Beru na vědomí, že veškeré údaje budou zpracovány anonymně a výhradně pro účel diplomové práce.

Jméno a příjmení:

V..... Dne

Podpis

Demografické údaje a osobní dotazník (zaškrtněte, případně napište odpověď, která Vás vystihuje)

Pohlaví: muž – žena

Věk:

Fitness centrum navštěvuji: 1 - 2x týdně

3 - 4x týdně

5 a vícekrát týdně

Typ stravování: běžné stravování – vegetariánství – veganství – keto strava – low carb – raw strava – paleo strava – jiné

Trpíte nějakou potravinovou alergií: Ano-Ne; v případě kladné odpovědi jakou:.....

Trpěl/a jste v minulosti poruchou příjmu potravy: Ano – Ne; v případě kladné odpovědi jakou:.....

Příloha 3: ORTO - 15, přeložená verze

ORTO - 15, přeložená verze

- 1) Věnujete pozornost kalorické hodnotě jídla, které jíte?
- 2) Cítíte se rozpačitě či zmateně, když nakupujete jídlo?
- 3) Dělalý Vám během posledních tří měsíců starosti myšlenky týkající se zdravého stravování?
- 4) Je výběr jídla ovlivněn Vaší starostí o zdraví?
- 5) Je pro vás důležitější chuť jídla než jeho kvalita?
- 6) Jste ochoten/ochotna utratit více peněz za zdravější jídlo?
- 7) Znepokojují Vás myšlenky týkající se jídla více než tři hodiny denně?
- 8) Dovolujete sami sobě jídelní prohřešky?
- 9) Myslíte si, že Vaše nálada ovlivňuje Váš způsob stravování?
- 10) Myslíte si, že přesvědčení jíst pouze zdravé jídlo zvyšuje vaši sebeúctu?
- 11) Myslíte si, že zdravá strava mění Váš životní styl (například frekvence stravování mimo domov, s přáteli...)?
- 12) Myslíte si, že konzumace zdravého jídla může vylepšit Váš vzhled?
- 13) Cítíte vinu, když porušíte své pravidla zdravého stravování?
- 14) Myslíte si, že jsou na trhu dostupná také nezdravá jídla?
- 15) Stravujete se v současné době o samotě?

Příloha 4 : Obsessive – Compulsive Inventory, přeložená verze

Obsessive – Compulsive Inventory, přeložená verze

- 1) Napadají mě nepříjemné myšlenky, kterých se nemohu zbavit.
- 2) Myslím si, že dotyk s tělními tekutinami (pot, sliny, krev, moč a další) může kontaminovat mé oblečení nebo mě poškodit.
- 3) Žádám lidi, aby mi několikrát zopakovali informace, přestože jsem je pochopil/a napoprvé.
- 4) Obsesivně umývám a čistím věci.
- 5) V hlavě si několikrát musím přehrávat minulé události, rozhovory a aktivity, abych se ujistil/a, že jsem neudělal/a něco nesprávně.
- 6) Nashromáždil/a jsem tolik věcí, že mi nyní překáží.
- 7) Kontroluji věci častěji, než by bylo nutné.
- 8) Vyhýbám se použití veřejných WC, protože se obávám onemocnění a kontaminace.
- 9) Opakovaně kontroluji dveře, okna, skříně atd.
- 10) Opakovaně kontroluji plyn, vodovodní kohoutky, vypínače i když jsou vypnuté.
- 11) Sbírám věci, které nevyužívám.
- 12) Přemýšlím, zda jsem někoho nezranil/a, aniž bych si to uvědomoval/a.
- 13) Přemýšlím o tom, že bych mohl/a zranit sebe nebo jiné lidi.
- 14) Rozčílí mě, pokud nejsou věci správně srovnány.
- 15) Pociťuji povinnost oblékat se, svlékat se a mýt se ve stanoveném pořadí.
- 16) Pociťuji potřebu počítat, když vykonávám činnosti.
- 17) Obávám se, že impulzivně provedu něco ostudného či zraňujícího.
- 18) Musím prosit za zmizení mých nevhodných myšlenek či pocitů.
- 19) Opakovaně kontroluji dokumenty nebo jiné věci, které jsem napsal/a.

- 20) Jsem rozrušená/ý při pohledu na nože, nůžky a ostatní ostré předměty, když nad nimi ztratím kontrolu.
- 21) Mám nutkavou potřebu zaobírat čistotou.
- 22) Je mi nepříjemné dotýkat se předmětu, kterých se dotýkali jistí lidé nebo cizinci.
- 23) Vyžaduji, aby byly věci uspořádány ve stanoveném pořadí.
- 24) Zpožďuji se se svou prací, protože úkony opakuji stále dokola.
- 25) Pociťuji potřebu opakovat určitá čísla.
- 26) Mám pocit, že jsem nedokončil/a nějakou aktivitu i když, jsem jí udělal/a velice pečlivě.
- 27) Je pro mě obtížné sahat na odpadky či jiné špinavých věcí.
- 28) Je pro mě obtížné kontrolovat své myšlenky.
- 29) Mám potřebu opakovat věci stále dokola, dokud nemám pocit, že jsem je udělal/a dobře.
- 30) Rozrušují mě nepříjemné myšlenky, které mě napadají proti mé vůli.
- 31) Než jdu spát, musím udělat vykonat určité aktivity jasně stanoveným způsobem.
- 32) Vracím se na místa, abych se ověřil/a, že jsem nikomu neublížil/a.
- 33) Často mám škaredé myšlenky a je pro mě obtížné se jich zbavit.
- 34) Odmítám vyhazovat věci, protože se obávám, že je budu později potřebovat.
- 35) Zneklidňuje mě, pokud jiní lidé mění způsob, kterým jsem uspořádal/a své věci.
- 36) Mám pocit, že musím v mysli opakovat určitá slova či fráze, abych se zbavila nepříjemných myšlenek, pocitů nebo činností.
- 37) Po dokončení jednání mám stále pochybnosti o tom, zda jsem je opravdu udělal/a.
- 38) Občas se musím jít umýt nebo očistit jen proto, že se cítím kontaminovaná/ý.
- 39) Mám pocit, že existují dobrá a špatná čísla.
- 40) Několikrát kontroluji všechno, co by mohlo zapříčinit požár.
- 41) I když něco provedu velmi důkladně, mám pocit, že to není zcela v pořádku.

42) Ruce si myji častěji či delší dobu, než je opravdu nutné.